



**UN
PLAN**
pour le Canada
afin de réduire
le stigmatisme et
la discrimination
liés au VIH/sida



CANADIAN | RÉSEAU
HIV/AIDS JURIDIQUE
L E G A L | CANADIEN
NETWORK | VIH-SIDA



**UN
PLAN**
pour le Canada
afin de réduire
le stigmatisme et
la discrimination
liés au VIH/sida

préparé par

Theodore de Bruyn

pour le

**Réseau juridique
canadien VIH/sida**



CANADIAN | RÉSEAU
HIV/AIDS | JURIDIQUE
L E G A L | CANADIEN
NETWORK | VIH-SIDA



La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida

Canadian
Strategy on
HIV/AIDS

Un plan pour le Canada afin de réduire le stigmaté et la discrimination liés au VIH/sida

Une publication du Réseau juridique canadien VIH/sida

Pour information à propos de cette publication, communiquez avec le :

Réseau juridique canadien VIH/sida

Tél. : 514 397-6828

Télééc. : 514 397-8570

Courriel : info@aidslaw.ca

Internet : www.aidslaw.ca

Ce document est téléchargeable via www.aidslaw.ca et peut être commandé en imprimé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida [courriel : aidssida@cpha.ca]

© 2004 Réseau juridique canadien VIH/sida

Catalogage avant publication de

Bibliothèque et Archives Canada

de Bruyn, Theodore

A plan of action for Canada to reduce HIV/AIDS-related stigma, and discrimination | Un plan pour le Canada afin de réduire le stigmaté et la discrimination liés au VIH/sida

Comprend des réf. bibliogr.

Texte en anglais et en français.

ISBN 1-896735-47-9

I. Discrimination à l'égard des sidéens - Canada. 2. Sidéens, Services aux - Canada. 3. Sidéens - Canada - Opinion publique. 4. Opinion publique - Canada. I. Réseau juridique canadien VIH-SIDA. II. Titre. III. Titre: Plan pour le Canada afin de réduire le stigmaté et la discrimination liés au VIH/sida.

RA643.86.C3D42 2004

362.196'9792

C2004-941617-0F

ISBN 1-896735-47-9

Dédicace

À la mémoire de Bob Mills [30 janvier 1958 – 8 octobre 2003]. Avec gratitude et admiration.

Ce rapport a été financé par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les points de vue exposés dans ce document sont ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement ceux de Santé Canada, du ministre de la Santé ou du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Le masculin est utilisé pour désigner à la fois femmes et hommes, sans discrimination et dans le seul but d’alléger le texte.

Illustration de la couverture par Matéo M.

[This document is also available in English]

Remerciements

Le contenu de ce rapport a été enrichi de plusieurs manières par de nombreuses personnes. L'auteur remercie les membres du comité consultatif du projet pour leurs avis et commentaires : Bill Downer, Walter Cavalieri, Barry Deeprise, Grace Getty, Ken King, Michèle Lalonde, le regretté Bob Mills, Darlène Palmer, Michael R. Smith, Marcie Summers, Senait Teclom, et Albert McLeod. L'auteur remercie également les personnes séropositives qui ont accepté de participé à des groupes de discussion, ainsi que de nombreux autres collaborateurs, dont John Arenburg, AIDS Coalition of Nova Scotia; Charbel Choueiri, Société canadienne du sida; Randy Jackson, Réseau canadien autochtone du sida; Darlène Palmer, CACTUS; et Peter Williams, Ontario AIDS Network, pour leur aide dans l'organisation de groupes de discussion. Il est reconnaissant aux employés d'organismes des quatre coins du Canada, qui ont accepté d'être interviewés : John Arenburg, AIDS Coalition of Nova Scotia; Walter Cavalieri, Ryerson Univesity et University of Toronto; Garth Goertz, AIDS Calgary Awareness Association; Paul Landers, Toronto People With AIDS Foundation; Beverly McIntyre, Nine Circles Community Health Centre; Claude Olivier, alors à SIDA Nouveau-Brunswick et à present au King's University College, London, Ontario; Tarel Quandt, British Columbia Persons with AIDS Society; Senait Teclom, Women's Health in Women's Hands Community Health Centre. Plusieurs individus et organismes ont fourni des mémoires et témoignages détaillés à propos de dimensions du stigmaté et de la discrimination : Walter Cavalieri; Anne Marie DiCenso, Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida; Jose Franco, South Asian PHA Program Coordinator; Jamie Myrah, Stephanie Docherty, Caitlin Padget, Bronwen Tigar, et Elgin Lim, YouthCo; Marcie Summers et Bronwyn Barrett, Positive Women's Network; Senait Teclom et Esther Tharao, Women's Health in Women's Hands Community Health Clinic; Patrick Truong, Asian Community AIDS Services. D'autres individus ont apporté une information pertinente et utile, notamment Janice Dayle, Global Network for People Living with HIV/AIDS – North America; Kimberley Johnston, alors à Voice of Positive Women; Jessica Leech, AIDS Calgary Awareness Association; Gail Linklater, AIDS Thunder Bay; Ann Livingstone, VANDU; Sue Wickremarachchi, Centre de l'amitié autochtone de Montréal; Tasha Yovetich; Elisse Zack, Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale. Les participants à l'atelier portant sur l'ébauche de plan d'action ont contribué à réviser et à raffiner le plan : John Ah Chong, Bronwyn Barrett, Marie-Hélène Bonin, Sheila Braidek, Jill Chettiar, Ian Culbert, Anne Marie DiCenso, Brenda Done, Guylaine et Marie Harnois, Peter Ho, Ralf Jürgens, Ken King, Albert McLeod, Albert McNutt, Harvey Michelle, Jamie Myrah, Darlène Palmer, Jocelyn Paul, Lyse Pineault, Kim Thomas, Ingrid Wellmeier et Elana Wright. Natalie Morin et Jennifer Nicholls, employées du Réseau juridique canadien VIH/sida se sont occupé de tous les préparatifs pour l'atelier, et Ross Hammond a été, comme à chaque fois, un animateur hors pair: La librairie ministérielle de Santé Canada a généreusement accordé l'accès à ses ressources. Glenn Betteridge, Richard Elliott, Ralf Jürgens et David Patterson, collègues au Réseau juridique, ont commenté ou édité des versions préliminaires du rapport et du plan d'action. Thomas Haig, Elana Wright et Mélanie Paul-Hus ont assisté à plusieurs activités de communications liées au projet, notamment à l'invitation nationale à commenter le plan d'action, ainsi qu'à la conception et à la dissémination du présent rapport. Garry Bowers a veillé à la revision finale du rapport; Jean Dussault et Josée Dussault ont traduit le document en français. En résumant les perceptions et le vécu d'autres personne, on perd parfois la richesse, des détails et la précision; l'auteur assume la pleine responsabilité pour toute erreur ou omission. Conception et mise en page par Marc Fraser et Isabelle Robida. Illustrations par Matéo M.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
UN APPEL À L'ACTION	1
INTRODUCTION	1
Une partie de la Campagne mondiale contre le stigmatisme et la discrimination liés au VIH/sida	1
Où en était le Canada en 1998	2
Le moment de faire le point	3
À propos de ce plan d'Action	4
Comment le plan d'action a été élaboré	4
Le plan d'action	5
Comment utiliser ce plan d'action	7
CONCEPTS IMPORTANTS	8
Le stigmatisme et la stigmatisation	8
La discrimination	9
Les droits de la personne	10
Obligations des gouvernements	11
Les droits de la personne et le VIH/sida	12
Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne	13
La protection juridique contre la discrimination au Canada	15
La Charte canadienne des droits et libertés	15
Les lois sur les droits de la personne	18
Une approche intersectorielle à la stigmatisation et à la discrimination	19
LE PLAN D'ACTION	21
PARTICIPATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA OU VULNÉRABLES AU VIH	22
Participation des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH	22
Financement suffisant et stable, pour les programmes	24

S'ATTAQUER AUX ATTITUDES STIGMATISANTES	25		
Modifier les attitudes publiques	25		
Les attitudes au Canada	26		
Les attitudes de sous-populations	27		
L'intersection entre le stigmate du VIH/sida et d'autres formes de stigmate et de discrimination	29		
L'information à elle seule ne suffit pas	30		
Éclairer la couverture des médias	31		
Le pouvoir des médias	31		
Soutenir les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH	33		
Les effets du stigmate	34		
Rejeter le stigmate – les personnes vivant avec le VIH/sida	35		
Rejeter le stigmate – les personnes vulnérables au VIH	37		
FAIRE VALOIR ET DÉFENDRE LES DROITS	38		
Renforcer l'éducation communautaire et la défense des droits	38		
Le rôle de l'éducation et de la défense des droits	38		
Des ressources adéquates pour la promotion et la défense des droits	39		
Une meilleure sensibilisation aux droits de la personne	44		
Faire connaître aux gens leurs options	44		
L'accès à l'information juridique et à des conseils en la matière	46		
Travailler avec les commissions des droits de la personne	49		
AVOIR ACCÈS AUX PROGRAMMES ET SERVICES, À L'ACCOMMODEMENT ET À L'EMPLOI	51		
L'éducation et la prévention communautaires liées au VIH/sida	51		
Les services de santé	55		
Domaines communs de préoccupation	58		
Le respect des choix individuels en matière de soins	58		
La confidentialité des renseignements personnels sur la santé	58		
L'accès aux médicaments antirétroviraux	58		
Préoccupations de populations particulières	59		
Prévention et soins pour les personnes autochtones	59		
Prévention et soins pour les gais, lesbiennes et personnes bisexuelles et bispirituelles	60		
Prévention et soins pour les personnes d'origine africaine et caraïbe	61		
		Prévention et soins pour les personnes qui consomment des drogues	61
		Prévention et soins pour les détenus	62
		Prévention et soins pour les personnes transgenre	63
		Prévention et soins pour les femmes	64
		Actions proposées pour améliorer la prévention et les soins liés au VIH	65
		Le logement	66
		Problèmes de soutien du revenu	68
		L'emploi	70
		Le test du VIH et la confidentialité	72
		L'accommodement en milieu de travail – pour que ça marche au travail	76
		Politiques et l'éducation en milieu de travail	77
		Les jeunes et l'éducation	80
		La santé sexuelle	81
		La consommation d'alcool et d'autres drogues	86
		Les immigrants et les réfugiés	88
		La loi sur l'immigration et la protection des réfugiés	89
		Inquiétudes liées à la Loi et au Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés	90
		La coopération internationale	94
		RENFORCER LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION	97
		Des recherches participatives et inclusives	97
		L'évaluation des interventions	101
		SOMMAIRE DES BUTS ET ACTIONS	103
		BIBLIOGRAPHIE	121
		ANNEXES	133
		Annexe A : Membres du comité consultatif	133
		Annexe B : Participants à l'atelier d'examen de l'ébauche de plan d'action	134
		NOTES	135



SOMMAIRE

L'ENGAGEMENT DU CANADA À L'ACTION POUR VAINCRE LE STIGMATE ET LA DISCRIMINATION

On reconnaît à présent, à l'échelle mondiale, qu'il est essentiel de passer à l'action contre les diverses formes de stigmatisme et de discrimination qui accompagnent l'épidémie du VIH/sida. « Agir contre le stigmatisme et la discrimination liés au VIH/sida » a été pendant deux ans le thème de la Campagne mondiale sur le VIH/sida organisée par l'ONUSIDA.¹ Ce fut aussi le point de mire d'une campagne de deux années lancée par le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida et la Fédération internationale de la Croix-rouge et du Croissant-rouge.² De plus, cela fait partie intégrante de l'engagement de tous les États membres des Nations Unies, y compris le Canada, tel qu'ils en ont convenu lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/sida, en 2001.

En 1998, la Société canadienne du sida (SCS) le Réseau juridique canadien VIH/sida ont publié un aperçu détaillé de la stigmatisation et de la discrimination qui s'associent au VIH/sida. au Canada : *Discrimination et VIH/sida – Un document de travail*. On y trouvait notamment une proposition de cadre pour l'action contre le stigmatisme et la discrimination.

¹ Pour plus d'information, consulter le site de la Campagne mondiale sur le sida, à www.unaids.org/en/events/world+aids+day+2004/world+aids+day+2003.asp.

² Pour plus d'information, visiter le site de la Fédération internationale de la Croix-rouge et du Croissant-rouge à www.ifrc.org/what/health/hivaids/antistigma/index.asp et celui du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida à www.gnpplus.net/advocacy.html.

Cinq ans plus tard, en 2003, le stigmatisme et la discrimination continuent d'affecter les personnes vivant avec le VIH/sida et les populations qui sont associées à l'épidémie, en particulier les personnes qui sont socialement et économiquement exclues par notre société. Le temps est venu de réexaminer la situation actuelle et les actions qui doivent être entreprises maintenant.

Un plan d'action

Ce rapport présente un plan d'action pour aider le Canada à prévenir, réduire et éliminer la stigmatisation et la discrimination dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida. Il a été élaboré dans une démarche de recherche et de consultation auprès de personnes vivant avec le VIH/sida, de personnes vulnérables à contracter l'infection à VIH, d'organismes communautaires locaux et nationaux, de même que de regroupements de travailleurs.

Le plan d'action assigne des responsabilités élémentaires, dans la lutte à mener contre le stigmatisme et la discrimination, aux agents (p. ex., gouvernements, fournisseurs de services, employeurs) qui, en vertu des lois sur les droits de la personne, ont une obligation de voir au respect, à la protection et au plein exercice du droit de ne pas subir de discrimination, ainsi qu'à d'autres droits de la personne.

Le plan d'action est conçu pour miser sur les actions déjà entreprises – que ce soit par des gouvernements, des fournisseurs, des employeurs, des organismes nationaux et communautaires, des personnes vivant avec le VIH/sida ou des personnes qui y sont vulnérables –, contre le stigmatisme et la discrimination, et pour renforcer ces initiatives.

Cinq grands volets le composent :

- la participation des personnes vivant avec le VIH/sida et vulnérables
- s'attaquer aux attitudes stigmatisantes
- faire valoir et défendre les droits
- avoir accès aux programmes et services, à l'accommodement et à l'emploi
- et renforcer la recherche et l'évaluation.

Dans le plan d'action, on décrit :

- des buts généraux
- des actions que les gouvernements et autres intervenants devraient entreprendre, pour s'acquitter de leurs obligations
- de l'information de fond sur chaque thème abordé
- des exemples de problématiques précises
- et des conseils de lectures et ressources complémentaires.

Comment utiliser le plan d'action

Si vous êtes un élu, vous pouvez utiliser le plan pour assurer que votre gouvernement et son administration respectent leurs obligations en vertu des lois sur les droits de la personne. Y a-t-il des domaines où vous devriez renforcer votre action pour faire front contre le stigmatisme et la discrimination?

Si vous êtes un fonctionnaire, vous pouvez utiliser le plan dans vos efforts visant à ce que votre département, dans ses politiques et programmes, respecte ses obligations en vertu des lois sur les droits de la personne. Y a-t-il des domaines où vous devriez renforcer votre action pour faire front contre le stigmatisme et la discrimination?

Si vous êtes fournisseur de services en matière de santé publique, de soins de santé, d'éducation, d'emploi, de logement ou d'autres secteurs, vous pouvez utiliser le plan pour vous assurer que vous respectez vos obligations en vertu des lois sur les droits de la personne. Y a-t-il des domaines où vous devriez renforcer votre action pour faire front contre le stigmatisme et la discrimination?

Si vous êtes intervenant en fourniture de services d'organisme communautaire, vous pouvez utiliser le plan pour vous assurer que vous respectez vos obligations en vertu des lois sur les droits de la personne. Y a-t-il des domaines où vous devriez renforcer votre action pour faire front contre le stigmatisme et la discrimination?

Si vous êtes impliqué pour la défense des droits des personnes vivant avec le VIH/sida ou des communautés affectées par le VIH/sida, vous pouvez utiliser le plan pour faire en sorte que les gouvernements et autres organismes respectent leurs obligations en vertu des lois sur les droits de la personne. Y a-t-il des domaines où ils devraient renforcer leur action pour faire front contre le stigmatisme et la discrimination?

Si vous vivez avec le VIH/sida ou êtes membre d'une communauté affectée par le VIH/sida ou d'un organisme regroupant ces personnes, vous pouvez utiliser le plan pour demander des comptes aux gouvernements et autres organismes, quant au respect de leurs obligations en vertu des lois sur les droits de la personne. Y a-t-il des domaines où ils devraient renforcer leur action pour faire front contre le stigmatisme et la discrimination?



UN APPEL À L'ACTION

INTRODUCTION

Une partie de la Campagne mondiale contre le stigmatisme et la discrimination liés au VIH/sida

« La stigmatisation et la discrimination sont les principaux obstacles à la prévention et [à] la prise en charge efficaces du VIH/sida. La crainte de la discrimination peut empêcher les gens de demander un traitement contre le sida ou de reconnaître publiquement leur statut VIH (sic). Les personnes infectées, ou présumées infectées, par le VIH peuvent être renvoyées des services de soins; on peut leur refuser un logement ou un emploi; leurs amis et collègues les éviteront peut-être; elles peuvent se voir refuser une couverture d'assurance ou l'entrée dans des pays étrangers. Dans certains cas, elles peuvent être chassées de chez elles par leur famille, leur conjoint peut demander le divorce, et elles peuvent faire l'objet de violences physiques, voire de meurtre. La stigmatisation liée au VIH/sida peut s'étendre jusqu'à la génération suivante, en faisant peser une charge émotionnelle sur les enfants qui tentent peut-être de faire face au décès de leurs parents emportés par le sida. »

On reconnaît à présent, à l'échelle mondiale, qu'il est essentiel de passer à l'action contre les diverses formes de stigmatisme et de discrimination qui accompagnent l'épidémie du VIH/sida. « Agir contre le stigmatisme et la discrimination liés au VIH/sida » a été pendant deux ans (2002-2003) le thème de la Cam-

Lectures complémentaires

Campagne mondiale contre le sida 2002-2003 de l'ONUSIDA : www.unaids.org/wac/2002/index_en.html

Actions mondiales contre le stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida menées par le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida et la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge : www.gnpplus.net/advocacy.html et

www.ifrc.org/fr/what/health/hiv/aids/antistigma/

Déclaration d'engagement de l'ONU sur le VIH/sida : www.un.org/french/ga/sida/conference/aress262f.pdf

Travaux du Conseil international des ONG de lutte contre le sida, relativement à la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida : www.icaso.org

pagne mondiale sur le VIH/sida organisée par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).² Depuis août 2002, c'est aussi le point de mire d'un partenariat entre le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida (GNP+), l'ONUSIDA et la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.³

En juin 2001, à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, tous les États membres de l'ONU, y compris le Canada, se sont engagés à agir contre le stigmatisation et la discrimination. Ils ont convenu que, de là à 2003, ils devraient :

concevoir et mettre en œuvre des stratégies nationales multisectorielles et financer des plans de lutte contre le VIH/sida qui s'attaquent directement à l'épidémie; qui combattent l'opprobre, le silence et la dénégation; qui traitent des aspects de la maladie en termes de sexe et d'âge; [et] qui éliminent la discrimination et l'exclusion.⁴

Ils ont aussi déclaré que, de là à 2003, ils devraient :

promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables, et de veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux, notamment pour leur assurer l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention, au soutien et au traitement, à l'information et à la protection juridique, tout en respectant leur intimité et leur confidentialité; et élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie.⁵

Où en était le Canada en 1998

En 1998, la Société canadienne du sida (SCS) et le Réseau juridique canadien VIH/sida ont publié un aperçu détaillé de la stigmatisation et de la discrimination associées au VIH/sida, au Canada : *Discrimination et VIH/sida – Un document de travail*. On y trouvait notamment une proposition de cadre pour l'action contre le stigmatisation et la discrimination, qui recommandait :⁶

- la participation de la communauté dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des programmes;
- l'identification du personnel, des protocoles, des systèmes et des réseaux nécessaires pour la collecte de données sur le stigmatisation et la discrimination, l'analyse de l'information, l'élaboration de politiques et la promotion de changements dans les politiques et les pratiques;

- des services juridiques spécialement destinés aux personnes vivant avec le VIH/sida et aux populations affectées, de même qu'un réseau d'avocats et de cliniques juridiques offrant de tels services;
- un examen et des recommandations en vue de réformes des lois – et de leur application – qui ont un effet néfaste sur les personnes vivant avec le VIH/sida et sur les populations affectées, ainsi que des lois, procédures et politiques en matière de droits de la personne;
- l'éducation du public afin de réduire le stigmatisation du VIH/sida et de créer un environnement propice au soutien des personnes qui vivent avec le VIH/sida et des populations affectées;
- l'éducation et la formation qui permettront de favoriser des attitudes et des pratiques non stigmatisantes et non discriminatoires chez les professionnels, en particulier parmi ceux qui ne travaillent pas régulièrement auprès de personnes vivant avec le VIH/sida;
- l'éducation des enfants et des adolescents à propos des voies et risques de transmission du VIH ainsi que des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des populations affectées, dans les écoles et dans le cadre de programmes parascolaires dirigés par des pairs et parrainés par des organismes de services sociaux et des organismes communautaires;
- des initiatives pour lutter contre le harcèlement et la discrimination liés au VIH/sida en milieu de travail;
- des efforts pour accroître la participation des populations sous-représentées dans la recherche, dans l'identification des priorités de recherche, dans la conception et la mise en œuvre de projets de recherche et dans l'examen éthique de la recherche; et
- un plan pour assurer un suivi constant et une évaluation annuelle des efforts pour contrer, réparer et éliminer la discrimination liée au VIH/sida.

Le moment de faire le point

Cinq ans plus tard, en 2003, le stigmatisation et la discrimination continuent d'affecter les personnes vivant avec le VIH/sida et les populations qui sont associées à l'épidémie, en particulier les personnes qui sont socialement et économiquement exclues par notre société. Le temps est venu de réexaminer la situation actuelle et les actions qui doivent être entreprises maintenant.

Le présent rapport propose un plan d'action pour aider le Canada à prévenir, réduire et éliminer la stigmatisation et la discrimination dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida.

Lecture complémentaire

Document de travail de 1998 sur le VIH/sida et la discrimination : www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/discrimination/doc_discussion/DISCtocF.html

À propos de ce plan d'action

Comment le plan d'action a été élaboré

Ce plan d'action a été élaboré dans une démarche de recherche et de consultation :

- On a procédé à une revue de la littérature en sciences sociales et des rapports gouvernementaux et non gouvernementaux pertinents. L'examen de la littérature sociale a porté spécifiquement sur les études publiées entre 1998 (année de parution du *Document de travail*) et 2003; et les autres rapports examinés ont inclus des documents internationaux et nationaux sur le stigmatisme, la discrimination et les questions touchant les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH.
- Un comité consultatif a été créé pour orienter le développement du projet. Les membres du comité consultatif sont énumérés à l'annexe A. Le comité a fourni des commentaires détaillés sur la première ébauche de la revue de littérature et du plan d'action.
- Des entrevues ont été réalisées auprès de fournisseurs de services de défense des droits ou de soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida, en lien avec le stigmatisme et la discrimination.
- On a organisé des groupes de discussion impliquant des personnes vivant avec le VIH/sida, qui ont permis la collecte d'information de première main sur l'expérience du stigmatisme et de la discrimination.
- On a recueilli de l'information sur les priorités de groupes spécifiques de personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, auprès de membres du comité consultatif et d'organismes desservant ces groupes.
- Une ébauche de plan d'action a été développée. Elle a été examinée et révisée lors d'une rencontre, en octobre 2003, qui a réuni des personnes vivant avec le VIH/sida et des représentants d'organismes nationaux et communautaires et de syndicats. La liste des participants est fournie à l'annexe B.
- Un plan d'action révisé a été déposé sur le site Internet du Réseau juridique canadien VIH/sida (www.aidslaw.ca) en décembre 2003. Divers individus et organismes ont été invités, par courriel et par la poste, à le commenter. Des commentaires ont été reçus de 30 organismes et 16 individus.
- Le plan d'action final a été préparé à la lumière des commentaires reçus.

La démarche de collecte d'information et de commentaires qui a mené à l'élaboration de ce plan d'action était approfondie, mais non exhaustive. La recherche initiale a porté sur des ouvrages de sciences sociales et des rapports gouvernementaux et non gouvernementaux, mais sans proposer une critique systématique de la littérature à partir d'une théorie ou d'une méthode uni-

formisée. La sélection des individus et organismes consultés n'était pas objective; la plupart, sinon tous, avaient vécu (ou étaient préoccupés par) le stigmatisme et la discrimination liés au VIH/sida. Leur perspective ne représente pas nécessairement l'expérience de toutes les personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui y sont vulnérables. L'avant-dernière ébauche du plan d'action a été disséminée à grande échelle afin de recueillir des suggestions et commentaires d'individus et d'organismes des quatre coins du Canada. Néanmoins, les buts et actions établis dans le plan pourraient ne pas être partagés par toutes les personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui y sont vulnérables, ou par tous les organismes communautaires qui les desservent.

Le plan d'action

Le plan d'action assigne des responsabilités élémentaires, dans la lutte à mener contre le stigmatisme et la discrimination, aux agents (p. ex., gouvernements, fournisseurs de services, employeurs) qui, en vertu des lois sur les droits de la personne, ont une obligation de voir au respect, à la protection et au plein exercice du droit de ne pas subir de discrimination, ainsi que d'autres droits de la personne. Il adresse des propositions d'actions à ces agents.

Le plan d'action est conçu pour miser sur les actions déjà entreprises – que ce soit par des gouvernements, des fournisseurs de services, des employeurs, des organismes nationaux et communautaires, des personnes vivant avec le VIH/sida ou des personnes qui y sont vulnérables –, contre le stigmatisme et la discrimination, et pour renforcer ces initiatives. Il fournit des exemples de telles actions.

Un regroupement de personnes vivant avec le VIH/sida qui s'attaque au stigmatisme et à la discrimination :

« La British Columbia Persons With AIDS Society a déjà intégré la lutte au stigmatisme et à la discrimination dans plusieurs de ses programmes. De fait, la majeure partie de notre travail en tant qu'organisme est axée sur la réduction du stigmatisme et de la discrimination. Par conséquent, nous continuerons d'identifier des problèmes, de militer pour le changement et d'effectuer du lobbying auprès de gouvernements, d'employeurs et d'institutions, lorsque nécessaire... Nous avons également hâte de participer à l'échange de pratiques exemplaires... Nous avons besoin de toute urgence d'une approche nationale cohérente et collaborative pour lutter contre le stigmatisme et la discrimination au nom de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida, et d'un plan d'action clair à cet effet. »

– British Columbia Persons With AIDS Society

Le plan d'action reconnaît que les situations et les besoins varient selon les communautés, provinces et territoires du Canada. Il n'établit pas, et ne pourrait pas établir, un programme détaillé de travail pour réagir à chaque situation ou besoin possible. Cette responsabilité incombe aux agents de chaque juridiction.

Cinq grands volets composent le plan d'action :

- la participation des personnes vivant avec le VIH/sida et vulnérables
- s'attaquer aux attitudes stigmatisantes
- faire valoir et défendre les droits
- avoir accès aux programmes et services, à l'accommodement et à l'emploi et renforcer la recherche et l'évaluation.

Dans le plan d'action, on décrit :

- des buts généraux
- des actions que les gouvernements et autres intervenants devraient entreprendre, pour s'acquitter de leurs obligations
- de l'information de fond sur chaque thème abordé
- des exemples de problématiques précises
- et des conseils de lectures et ressources complémentaires.

Une stratégie provinciale sur le VIH/sida qui aborde le stigmatisme et la discrimination :

À l'occasion de la Journée mondiale du sida de 2003, la Nouvelle-Écosse a rendu publique sa nouvelle stratégie sur le VIH/sida (www.gov.ns.ca/health/down-loads/HIVAids_summaryreport.pdf), qui s'attaque au stigmatisme et à la discrimination en abordant les aspects sanitaires, sociaux, politiques, juridiques et économiques du VIH/sida. Cette stratégie communautaire a été élaborée dans le cadre d'une vaste consultation auprès de dépositaires d'enjeux provinciaux. Elle propose des recommandations détaillées pour l'action, axées sur quatre orientations stratégiques :

- mobiliser une action intégrée contre le VIH/sida
- élaborer une vaste stratégie de recherche et d'échange d'information
- élaborer une approche coordonnée pour la prévention et la réduction des méfaits
- élaborer une approche coordonnée pour les soins, les traitements et le soutien

Les recommandations proposent des moyens spécifiques pour :

- réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida;
- s'attaquer au sexisme, au racisme et à l'homophobie; et
- éliminer les obstacles et les inégalités dans les soins de santé, l'éducation et d'autres services publics.

Comment utiliser ce plan d'action

Si vous êtes un élu, vous pouvez utiliser le plan pour assurer que votre gouvernement et son administration respectent leurs obligations en vertu des lois sur les droits de la personne. Y a-t-il des domaines où vous devriez renforcer votre action pour faire front contre le stigmatisme et la discrimination?

Si vous êtes un fonctionnaire, vous pouvez utiliser le plan dans vos efforts visant à ce que votre département, dans ses politiques et programmes, respecte ses obligations en vertu des lois sur les droits de la personne. Y a-t-il des domaines où vous devriez renforcer votre action pour faire front contre le stigmatisme et la discrimination?

Si vous êtes fournisseur de services en matière de santé publique, de soins de santé, d'éducation, d'emploi, de logement ou dans d'autres secteurs, vous pouvez utiliser le plan pour vous assurer de respecter vos obligations en vertu des lois sur les droits de la personne. Y a-t-il des domaines où vous devriez renforcer votre action pour faire front contre le stigmatisme et la discrimination?

Si vous êtes intervenant en fourniture de services d'organisme communautaire, vous pouvez utiliser le plan pour vous assurer que vous respectez vos obligations en vertu des lois sur les droits de la personne. Y a-t-il des domaines où vous devriez renforcer votre action pour faire front contre le stigmatisme et la discrimination?

Si vous êtes impliqué pour la défense des droits des personnes vivant avec le VIH/sida ou des personnes vulnérables au VIH, vous pouvez utiliser le plan pour faire en sorte que les gouvernements et autres organismes respectent leurs obligations en vertu des lois sur les droits de la personne. Y a-t-il des domaines où ils devraient renforcer leur action pour faire front contre le stigmatisme et la discrimination?

Si vous vivez avec le VIH/sida ou êtes membre d'une communauté vulnérable ou affectée par le VIH/sida, ou d'un organisme regroupant ces personnes, vous pouvez utiliser le plan pour demander des comptes aux gouvernements et autres organismes, quant au respect de leurs obligations en vertu des lois sur les droits de la personne. Y a-t-il des domaines où ils devraient renforcer leur action pour faire front contre le stigmatisme et la discrimination?

CONCEPTS IMPORTANTS

Le stigmatisme et la stigmatisation

Le *stigmatisme* est une « marque » péjorative attribuée à un individu ou à un groupe. Ce sont des attitudes, des croyances et des politiques qu'entretient autrui à l'égard de cet individu ou groupe, en raison d'une caractéristique perçue. À l'origine, le terme « stigmatisme » désignait une marque visible, apposée sur le corps au moyen d'un fer à marquer ou d'un instrument pointu.

La *stigmatisation* est un processus social de dévaluation. Des personnes en dévaluent d'autres, ou se dévaluent elles-mêmes, en raison d'une ou de plusieurs caractéristiques réelles ou perçues.⁷ La stigmatisation s'exprime par la peur, l'évitement, la honte, le blâme et les préjugés.

La *stigmatisation externe* désigne la stigmatisation d'autres personnes, ou exercée par autrui. Par exemple, on stigmatise une personne vivant avec le VIH/sida lorsque :⁸

- l'on refuse de partager des ustensiles, de l'équipement ou d'autres objets sans risques avec elle;
- on refuse de la toucher ou d'être près d'elle;
- on refuse de passer du temps avec elle;
- on l'incite à quitter son domicile;
- on l'incite à quitter un certain milieu social;
- on la considère responsable d'avoir contracté le VIH; ou
- on la considère « immorale », « irresponsable » ou « scandaleuse ».

Les attitudes stigmatisantes au Canada

Une récente enquête menée au Canada a révélé que le quart des répondants sont peu à l'aise de côtoyer des personnes vivant avec le VIH/sida, tandis que 40% sont modérément à l'aise. Près de la moitié des répondants considéraient que les personnes vivant avec le VIH/sida ne devraient pas avoir le droit de travailler auprès du public, par exemple comme dentiste ou cuisinier. Plus des trois quarts ne croient pas que les personnes qui ont contracté le VIH par voie sexuelle ou par l'usage de drogue ont eu ce qu'elles méritent – mais un Canadien sur dix le pense encore.

– Associés de recherche Ekos, *VIH/sida – Sondage sur les attitudes : rapport final.*⁹

La stigmatisation interne (aussi appelée « auto-stigmatisation » ou « stigmatisme ressenti ») désigne les mécanismes par lesquels des personnes se stigmatisent elles-mêmes. Par exemple, une personne vivant avec le VIH/sida pourrait :¹⁰

- se sentir coupable ou « sale », en quelque sorte;
- se considérer comme une menace pour la santé d'autrui;
- avoir besoin de se retirer socialement, pour se protéger;
- penser qu'elle ne peut pas avoir de relations intimes; ou
- croire qu'elle doit travailler plus que les autres pour démontrer sa valeur.

Le stigmatisme lié au VIH/sida est complexe. Il puise dans les perceptions et attitudes à l'égard d'une infection incurable, de la maladie et de la mort; de l'activité sexuelle et des infections transmissibles sexuellement; de l'homosexualité, du travail sexuel, de l'usage de drogue, du sexe et de l'ethnicité.

En Amérique du Nord, le stigmatisme lié au VIH/sida est profondément influencé par les attitudes à l'égard des hommes gais et bisexuels et des personnes qui consomment des drogues. Ces deux groupes étaient fortement stigmatisés même avant l'avènement de l'épidémie de VIH. Des études menées en Amérique du Nord et en Europe ont révélé qu'une minorité de la population est plus susceptible de considérer que les personnes qui ont contracté le VIH sont à blâmer pour leur situation, et moins encline à aider celles qui ont contracté l'infection par des rapports homosexuels ou par l'usage de drogue.¹¹

La discrimination

La discrimination, telle que définie par la Campagne mondiale contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida, « se produit lorsqu'on fait une distinction entre des personnes, qui a pour effet que ces individus sont traités de manière inégale et injuste parce qu'ils appartiennent, ou parce qu'ils sont considérés comme appartenant, à un groupe particulier. »¹²

Le présent rapport adopte cette définition large de la discrimination. Pour les fins du rapport, la discrimination inclut :¹³

- Les actions contre lesquelles il existe une protection légale et celles contre lesquelles il n'en existe pas : Certaines formes de discrimination sont interdites par les lois canadiennes et internationales sur les droits de la personne. Ces lois protègent les individus qui appartiennent à certains groupes – traditionnellement affectés par la discrimination – contre la discrimination dans diverses sphères de la vie (voir la section ci-dessous, sur la protection légale contre la discrimination). Toutefois, certaines sphères – par exemple, les relations avec les amis ou la famille – ne sont pas assujetties à ces lois.

Lectures complémentaires

Information élémentaire sur le stigmatisme et la discrimination : www.aidsida.cpha.ca/francais/campgn_ff/index.htm

Cadre conceptuel et base d'action : *Stigmatisation et discrimination associées au VIH/sida*, préparé par la Campagne mondiale contre le sida : www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc891-wac_framework_fr.pdf

Instrument de mesure du stigmatisme lié au VIH/sida, produit par le POLICY Project d'Afrique du Sud : www.policyproject.com/Special/SA_stigma.pdf

- La discrimination directe et indirecte : La discrimination directe se produit lorsque des personnes sont traitées différemment et négativement en raison de leur association à l'un des groupes protégés. Un propriétaire qui harcèle un locataire en raison de sa séropositivité au VIH exerce de la discrimination directe. La discrimination indirecte survient lorsque chaque individu est traité de la même façon, mais que cette approche a un impact négatif et différentiel sur des personnes associées à un groupe protégé. Un médecin qui a pour politique de prescrire une certaine dose maximale de narcotiques, sans égard au degré de tolérance supérieur d'individus qui ont des antécédents d'usage de drogue, exerce de la discrimination indirecte.
- Les actions et l'inaction : La discrimination peut découler d'une action ou de l'inaction. Le congédiement d'une employée en raison de sa séropositivité au VIH constitue de la discrimination. Un employeur exerce aussi de la discrimination s'il ne prend pas les mesures nécessaires pour réagir au harcèlement que subit une employée de la part de collègues en raison de sa séropositivité.
- Les effets intentionnels et non intentionnels : La discrimination n'a pas à être intentionnelle ou malveillante pour être illégale. Une personne pourrait exercer de la discrimination de façon involontaire ou de bonne foi. Il n'est pas nécessaire, en vertu des lois canadiennes anti-discrimination, de démontrer que la discrimination était intentionnelle ou malveillante – il suffit de démontrer qu'il y a eu discrimination.
- Les effets systémiques des attitudes prédominantes : Les attitudes et pratiques sociales prédominantes peuvent exclure ou désavantager certains groupes. Ces attitudes et pratiques pourraient être perçues par certains comme n'étant pas discriminatoires, mais avoir quand même des effets discriminatoires. Mentionnons, par exemple, les attitudes prédominantes à l'égard de l'homosexualité, du travail sexuel ou de l'usage de drogue.¹⁴ Des attitudes stigmatisantes entraînent souvent de la discrimination à l'endroit des gais et lesbiennes, des travailleurs sexuels ou des personnes qui consomment des drogues.

Les droits de la personne

Les droits de la personne sont universels. Autrement dit, tous les individus ont des droits puisqu'ils sont des personnes humaines. Ces droits découlent de la dignité et de la valeur inhérentes à chaque être humain. Ils ne peuvent être suspendus ni retirés.

Depuis l'entrée en vigueur de la Charte des Nations Unies et de la Déclaration universelle des droits de l'homme en 1948, la plupart des États du monde ont ratifié des conventions qui ont force de loi et qui protègent les droits de la personne.¹⁵ Les droits humains protégés par ces conventions incluent le droit à la nourriture, au logement, à un revenu adéquat, à l'emploi, à l'éducation, à la

participation, à la vie privée, à la jouissance des progrès scientifiques et des bienfaits qui en résultent, au meilleur état possible de santé physique et mentale, à la liberté d'association et de réunion, à la liberté de déplacement, à la protection contre tout traitement cruel, inhumain ou dégradant, et à la protection contre la discrimination.

Le Canada a accepté de se conformer à ces conventions et fait régulièrement état de ses progrès dans le respect de ses obligations.¹⁶ Les gouvernements du Canada ont également adopté des lois qui garantissent les droits humains et qui protègent les individus contre la discrimination (voir la section ci-dessous, sur la protection légale contre la discrimination au Canada).

Obligations des gouvernements

En vertu du droit international, les gouvernements ont l'*obligation* de respecter, de protéger et de réaliser les garanties de droits humains dont jouissent tous les individus.¹⁷

Le *respect* d'un droit humain signifie de ne pas le violer. Par exemple, les gouvernements ne peuvent pas refuser aux détenus vivant avec le VIH/sida des soins médicaux dont la qualité est équivalente à ceux offerts dans la communauté.

La *protection* d'un droit humain signifie, pour les gouvernements, d'empêcher que d'autres parties le violent, et de fournir une forme de redressement en cas de violation. Par exemple, les gouvernements devraient protéger les personnes vivant avec le VIH/sida contre la discrimination dans l'emploi et le logement, et ils devraient fournir des recours pour contester les cas de discrimination devant des tribunaux ou des commissions des droits de la personne.

La *réalisation* d'un droit humain signifie que les gouvernements doivent prendre des mesures – adopter des lois et politiques, établir des programmes, octroyer des fonds – pour assurer son plein exercice. Par exemple, les gouvernements doivent promulguer ou renforcer des lois et financer des programmes qui favorisent l'égalité des femmes, promulguer ou renforcer des lois qui interdisent la discrimination à l'endroit des hommes gais, abroger les lois et règlements qui portent préjudice aux personnes qui s'injectent des drogues, et adopter des mesures pour éradiquer la pauvreté parmi les communautés autochtones. Certains droits humains ne dépendent pas de la situation économique, sociale et culturelle d'un pays : ce sont les droits civils et politiques. La liberté d'expression et la protection contre la torture en sont deux exemples. En revanche, la communauté internationale a reconnu que l'obligation d'un pays de réaliser les droits sociaux et économiques peut dépendre de sa situation économique ou d'autres facteurs. Dans ce cas, le pays a l'obligation d'assurer la réalisation progressive de ces droits et de démontrer un progrès constant en ce sens. Par ailleurs, l'obligation des pays plus riches de réaliser les droits s'étend au delà des frontières; elle inclut la provision d'aide financière et technique aux pays défavorisés.

Lectures complémentaires

Les droits humains au Canada, sur le site Internet du Programme des droits de la personne du Patrimoine canadien :

www.pch.gc.ca/progs/pdp-hrp/canada/index_f.cfm

La santé et les droits de la personne vus par l'Organisation mondiale de la santé, dans

25 Questions Réponses sur la santé et les droits humains : www.who.int/hhr/activities/en/Q&A%20final%20version%20French.pdf

« Les droits de l'homme et les libertés fondamentales sont inhérents à tous les êtres humains; leur promotion et leur protection incombent au premier chef aux gouvernements. »

– Déclaration et Programme d'action de Vienne (1993) ¹⁸

Les droits de la personne et le VIH/sida

Dans le contexte de l'épidémie de VIH/sida, la promotion et la protection des droits humains, et celles de la santé, sont fondamentalement liées. À la base de tout, il y a le droit humain à la plus haute norme atteignable de santé physique et mentale. La promotion et la protection de la santé relèvent donc d'efforts de droits humains et doivent inclure explicitement la promotion et la protection des droits de la personne, y compris le droit à la santé. De plus, on sait que l'échec à promouvoir et à protéger d'autres droits humains a exacerbé l'épidémie de VIH/sida dans plusieurs populations :

- Lorsque des personnes vivant avec le VIH/sida ne bénéficient pas de *soins médicaux et de traitements, d'une alimentation, d'un logement et d'un revenu adéquats*, elles sont plus vulnérables à une piètre santé, à la maladie et à la mort.¹⁹
- L'échec à promouvoir et à mettre en œuvre des *lois et politiques qui interdisent la discrimination* à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/sida fait en sorte que celles-ci se heurtent à de la discrimination dans le logement, l'emploi, les services sociaux et de santé, et d'autres sphères de leur vie.²⁰
- La subordination des *femmes et des filles* – illustrée et perpétuée notamment par la violence domestique, la coercition sexuelle et la difficulté à négocier le sécurisexe – les rend vulnérables à l'infection par le VIH et les empêche d'accéder à l'information, aux ressources et aux services essentiels à leur santé.²¹
- L'hostilité à l'endroit des personnes *gaies, lesbiennes, bisexuelles, trans²² et bispirituelles²³* crée un environnement qui nie leur existence, échoue à soutenir leur développement personnel et social et entrave leur accès à l'information, aux ressources et aux services essentiels à leur santé.²⁴
- La subordination des *peuples autochtones* a laissé un héritage d'aliénation culturelle, d'exclusion politique, de dépendance, de pauvreté, de violence et de toxicomanie. Ces phénomènes ont contribué à des taux élevés de maladie, notamment d'infection à VIH.²⁵

- Les *détenus* ont besoin que l'État octroie les ressources nécessaires à la prévention du VIH et d'autres infections, à la protection de la vie privée, à la protection contre la violence et à la provision de soins de santé en prison. L'échec à respecter ces droits contribue à la transmission du VIH parmi les détenus et à en exacerber l'impact.²⁶
- Les réactions à l'usage de drogue et au travail sexuel ont recours de façon excessive au droit criminel et municipal. Cette approche néglige ou entrave les efforts de prévention de la maladie et de promotion de la santé chez les *personnes qui consomment des drogues et les travailleurs sexuels*, en plus de violer leurs droits.²⁷

La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, que le Canada et les autres États membres des Nations Unies ont adoptée à l'unanimité en juin 2001, reconnaît que le plein exercice des droits humains est crucial à tous les aspects de la réponse mondiale à l'épidémie, et établit des actions pour réaliser ces droits.²⁸

Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne

Les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne offrent des orientations sur la façon dont les droits humains devraient être promus et protégés dans le contexte de l'épidémie de VIH/sida.²⁹ Elles ont été élaborées lors de la Deuxième consultation internationale sur le VIH/sida et les droits de l'homme, organisée en 1996 par le Haut commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et l'ONUSIDA. Même si elles n'ont pas force de loi, les Directives établissent des normes mondialement reconnues que les gouvernements devraient respecter. Elles ont reçu l'appui du Comité des droits économiques, sociaux et culturels³⁰ et de la Commission des droits de l'homme de l'ONU.³¹

La Directive 6, révisée à la Troisième consultation internationale sur le VIH/sida et les droits de l'homme, en 2002,³² précise ce que les gouvernements devraient faire, au plan national et international, pour assurer l'accès à des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour le VIH/sida. Cela inclut l'accès universel aux antirétroviraux et à d'autres médicaments, aux instruments de diagnostic et autres technologies médicales, et à des moyens de prévention du VIH (p. ex., condoms, seringues stériles, microbicides, vaccins, etc.).

En vertu des Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne, les gouvernements devraient :

- établir un cadre national coordonné, participatif, transparent et imputable, impliquant tous les paliers gouvernementaux;
- appuyer la consultation auprès des communautés et habiliter les organismes communautaires à mener leurs activités;
- réviser et réformer les lois sur la santé publique de sorte qu'elles répondent au VIH/sida de façon adéquate et non discriminatoire, et conformément au droit international;
- réviser et réformer les lois criminelles et les systèmes correctionnels de sorte qu'ils ne fassent pas l'objet d'un usage impropre, ne ciblent pas des groupes vulnérables et se conforment au droit international;
- adopter ou renforcer des lois anti-discrimination ou d'autres lois qui touchent la discrimination, la vie privée, la confidentialité et l'éthique de la recherche;
- assurer que des biens, des services et de l'information de qualité soient disponibles et accessibles, en matière de prévention, de soins, de traitements et de soutien pour le VIH/sida;
- fournir un soutien et des services juridiques pour éduquer les personnes affectées par le VIH/sida à propos de leurs droits, appliquer ces droits, et développer une expertise sur les questions juridiques liées au VIH;
- promouvoir un milieu positif et habilitant pour les femmes, les enfants et les autres groupes vulnérables;
- modifier les attitudes discriminatoires et stigmatisantes par l'éducation, la formation et les médias;
- élaborer, mettre en œuvre et appliquer des codes d'éthique et de conduite professionnelle conformes aux principes des droits humains;
- établir des mécanismes de surveillance et d'application qui garantissent la protection des droits humains liés au VIH; et
- coopérer avec le système des Nations Unies pour échanger des connaissances et des expériences sur les questions de droits humains liées au VIH/sida.

Lectures complémentaires

Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne :

www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc520-humanrights_fr_pdf.pdf

Résumé simple des Directives de 1996, préparé par le Conseil international des ONG de lutte contre le sida :

www.icaso.org

La protection juridique contre la discrimination au Canada

Au Canada, les droits humains sont protégés par la Charte canadienne des droits et libertés; par des lois (ou codes) anti-discrimination, aux paliers fédéral, provincial et territorial; et par d'autres lois, par exemple sur la protection des consommateurs ou de l'environnement et, en droit pénal, par des lois qui attribuent des droits aux témoins, aux victimes et aux personnes accusées de crimes.

La Charte canadienne des droits et libertés

La Charte canadienne des droits et libertés (la Charte) régit les interactions entre l'État (gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux) et les individus, au Canada.³³ Son article 15(1) interdit aux gouvernements d'exercer de la discrimination individuelle fondée sur certaines caractéristiques :

La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.

Les tribunaux ont éventuellement déterminé que l'article 15(1) protège aussi contre la discrimination fondée sur des caractéristiques qui ne sont pas explicitement mentionnées, comme l'orientation sexuelle.³⁴

D'autres articles de la Charte renferment d'importantes garanties liées au droit à l'égalité. L'article 25 protège les droits des peuples autochtones. L'article 27 stipule que la Charte doit être interprétée d'une manière qui favorise la préservation et l'enrichissement de l'héritage multiculturel des Canadiens. L'article 28 précise que les droits de la Charte sont garantis également aux femmes et aux hommes.

La Charte fait partie de la Constitution du Canada – loi de la plus haute importance au pays. En vertu de la Constitution, une loi qui limiterait un droit enchâssé dans la Charte pourrait être déclarée invalide. Toutefois, la Charte permet aux gouvernements d'imposer certaines limites aux droits qu'elle protège. L'article 1 stipule que d'autres lois peuvent restreindre les droits et libertés protégés par la Charte, pour autant qu'elles soient raisonnables et justifiables dans le cadre d'une société libre et démocratique. Pour justifier une restriction à un droit de la Charte en vertu de l'article 1, le gouvernement doit démontrer que l'objectif de la loi est suffisamment important (c'est-à-dire qu'il répond à des préoccupations pressantes et significatives) pour avoir préséance sur le droit. Il doit aussi illustrer que la distinction établie par la loi est proportionnelle à la violation du droit concerné. Une distinction est proportionnelle si elle est rationnellement liée à l'objectif pressant et significatif de la loi et qu'elle brime le moins possible le droit individuel garanti par la Charte; il doit également y avoir une relation proportionnelle entre le « bienfait » visé par la loi et le méfait causé par la violation du droit garanti par la Charte.³⁵

Les droits des détenus vivant avec le VIH/sida

Bien que les détenus perdent leur droit à la liberté, pendant leur incarcération, ils conservent d'autres droits humains fondamentaux comme le droit à la santé et le droit à la protection contre tout traitement cruel, inhumain ou dégradant.³⁶ La *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* stipule que « le délinquant continue à jouir des droits et privilèges reconnus à tout citoyen, sauf de ceux dont la suppression ou restriction est une conséquence nécessaire de la peine qui lui est infligée ».³⁷ De la même façon, la Commission canadienne des droits de la personne a déclaré que « les délinquants purgeant une peine de ressort fédéral ont le droit d'être traités conformément à la Loi canadienne sur les droits de la personne [protection légale contre la discrimination]. »³⁸

Les détenus ne sont pas explicitement mentionnés dans l'article 15(1) de la Charte canadienne des droits et libertés – disposition sur le droit à l'égalité qui établit une norme minimale pour la protection égale des groupes en vertu des lois sur les droits de la personne au Canada. Les détenus peuvent être protégés en tant que groupe analogue à ceux mentionnés dans l'article 15(1) de la Charte. Toutefois, dans une récente affaire judiciaire où un détenu a eu gain de cause et obtenu le droit de vote, quatre des neuf juges de la Cour suprême du Canada ont rejeté l'idée que les détenus formeraient un groupe protégé par un motif analogue à ceux cités dans l'article 15.³⁹ Les cinq autres juges n'ont pas examiné la question.

Il existe un consensus international à l'effet que les normes de soins et de protection de la santé qui prévalent dans la communauté devraient aussi s'appliquer en prison.⁴⁰ Le Service correctionnel du Canada (SCC) a l'obligation légale de fournir à chaque détenu des soins de santé essentiels conformes aux normes professionnelles acceptées.⁴¹ Cette obligation légale est interprétée par le SCC comme signifiant que les détenus devraient avoir accès à un niveau de soins de santé équivalent à celui offert dans la communauté.⁴²

La provision de soins de santé équivalents à ceux de la communauté signifie que les détenus ont droit à diverses mesures spécifiques et concrètes liées au VIH et à l'hépatite C (VHC) : confidentialité des renseignements médicaux, y compris des rendez-vous médicaux; accès au test anonyme du VIH; accommodement pour les repas et les horaires, tel que requis par un traitement médical; traitements et soins médicaux conformes aux lignes directrices et normes professionnelles reconnues; accès facile aux moyens pour prévenir la transmission du VIH et du VHC, y compris des condoms, des digues dentaires, du lubrifiant, de l'eau de Javel et des seringues stériles; et accès à la forme de traitement de la toxicomanie la plus appropriée, y compris l'entretien à la méthadone.

De récentes études ont documenté l'échec continu de systèmes correctionnels à fournir aux détenus – à la fois dans des établissements pour femmes et pour hommes – des moyens préventifs et des soins de santé équivalents à ceux qui sont disponibles dans la communauté.⁴³ Dans certaines prisons, les détenus n'ont pas encore un accès facile à des condoms, des digues dentaires, du lubrifiant et/ou de l'eau de Javel, en dépit de politiques officielles qui en prévoient la fourniture. Les mesures de réduction des méfaits comme l'échange de seringues, les pratiques de tatouage plus sécuritaires et l'information sur les pratiques sécuritaires de taillade/automutilation ne sont pas encore disponibles à grande échelle. Plusieurs détenus ne reçoivent pas de counselling pré- et post-test lorsqu'ils demandent un test du VIH. Ils sont nombreux à apprendre leur séropositivité sans se voir offrir un counselling et du soutien adéquats, après leur diagnostic. Certains détenus vivant avec le VIH/sida ont vu leur confidentialité brisée à cause de pratiques institutionnelles. Dans un cas particulier, le Commissaire à la protection de la vie privée du Canada a conclu que l'affichage public d'une liste des rendez-vous médicaux constituait une violation du droit à la vie privée des détenus.⁴⁴ Des détenus vivant avec le VIH ou le VHC ont de la difficulté à obtenir des soins médicaux. Cela a été particulièrement bien documenté parmi les détenues, qui ont du mal à accéder à des prélèvements sanguins, à des médecins généralistes et spécialistes, à des médicaments anti-douleur adéquats ainsi qu'à des médicaments pour atténuer les effets indésirables des traitements anti-VIH/VHC.⁴⁵ Des détenus ont signalé des problèmes à obtenir leurs médicaments anti-VIH tels que prescrits, en raison de mesures de sécurité, de comparutions devant les tribunaux, de transfèrements, d'un échec à commander ou à renouveler la commande d'un médicament, etc.⁴⁶ Or il est démontré que les interruptions de traitement entraînent une efficacité sous-optimale du régime thérapeutique. Des enquêtes menées sur le décès de détenus séropositifs, dans des prisons fédérales, ont révélé des signes de traitement et de soins palliatifs inhumains.⁴⁷

Des détenus ont entamé des poursuites contre le SCC, pour son échec à leur fournir un traitement d'entretien à la méthadone, des moyens de prévention du VIH et des soins médicaux, invoquant la Charte et la common law.⁴⁸ Par ailleurs, la Commission canadienne des droits de la personne a récemment recommandé au SCC d'amorcer un programme pilote d'échange de seringues dans trois établissements correctionnels ou plus, dont au moins un pour femmes, avant juin 2004.⁴⁹

Les lois sur les droits de la personne

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont adopté des lois et des codes sur les droits de la personne qui interdisent la discrimination fondée sur divers motifs, dans des domaines liés à l'emploi, à la provision de biens, de services et d'établissements habituellement accessibles au public, et à l'accommodement. Ces lois diffèrent de l'article 15 de la Charte, dans leur application, parce qu'elles procurent une protection contre la discrimination exercée par des individus dans le secteur privé ainsi que par des gouvernements.⁵⁰

Les lois canadiennes sur les droits de la personne ne protègent pas contre toutes les expériences de discrimination. Elles procurent une protection seulement lorsque :

- la personne qui subit un traitement différentiel appartient à un des groupes protégés contre la discrimination (identifiés par les motifs prohibés de discrimination);
- le traitement discriminatoire survient dans un domaine d'activité couvert par la loi;
- le traitement discriminatoire cadre dans la définition légale de la discrimination; et
- aucune exclusion de la loi ne s'applique au traitement discriminatoire.

Les motifs prohibés de discrimination incluent généralement la race, l'ascendance, le lieu d'origine, la couleur, l'origine ethnique, la langue, la citoyenneté, les croyances, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'âge, l'état civil, l'état familial, la déficience physique ou mentale, le statut de bénéficiaire d'aide sociale, et le casier judiciaire.⁵¹

Les domaines d'activités couverts par les lois sur les droits de la personne incluent généralement les avis, affiches, symboles, annonces et messages; les biens, services, établissements et accommodements; la location de propriétés résidentielles ou commerciales; l'emploi; et l'adhésion à des organismes.

À la lumière de décisions de tribunaux ainsi que de politiques de commissions des droits de la personne, tous les ressorts du Canada reconnaissent l'infection à VIH, la maladie liée au VIH et le sida comme des « déficiences » ou « handicaps » couverts par leurs lois sur les droits de la personne.

Les types de situations qui peuvent comporter de la discrimination fondée sur le handicap incluent les faits de :⁵²

- se voir imposer un test de sérodiagnostic du VIH ou de dépistage d'une maladie connexe (ou se voir demander si on a le VIH ou une maladie connexe) comme condition d'admission dans un établissement scolaire, ou lors d'une entrevue ou d'un examen médical pour un emploi;

- se voir refuser un emploi, être congédié ou rétrogradé à un poste inférieur alors que l'on est capable d'accomplir les tâches requises;
- se voir refuser des mesures spéciales d'accommodement pour une participation entière ou un accès à l'emploi;
- se voir refuser un local de travail;
- se voir refuser un service par un fournisseur de biens et services, ou un établissement, comme une boutique, un restaurant, un club, une agence gouvernementale, une compagnie d'assurance, un hôpital, un cabinet de dentiste ou de médecin;
- se voir refuser l'accès à un établissement d'enseignement;
- se faire harceler par des supérieurs ou des collègues de travail; ou
- se faire harceler par un propriétaire, un concierge ou d'autres locataires.

Une protection semblable s'applique aux personnes qui ont une dépendance à une substance légale ou illégale, qui sont perçues comme telles, ou qui s'associent à des personnes ayant une telle dépendance.

« Nous avons constaté que les principaux problèmes de droits humains rencontrés par les personnes vivant avec le VIH/sida dans la région de Calgary sont élémentaires : discrimination dans l'emploi, le logement et l'accès aux soins dentaires ou de santé; soutien financier insuffisant pour l'alimentation, l'hébergement et les médicaments; et peur/confusion quant à la divulgation de la séropositivité. Devant ces défis, AIDS Calgary a développé une série de feuillets d'information à propos des droits humains, du VIH/sida et des mesures à prendre en cas de discrimination. Notre intervenant en matière de droits humains offre aussi de l'information et de l'aide pratique à des fournisseurs de services et à des personnes qui subissent de la discrimination. »

– Equality Project, AIDS Calgary⁵³

Une approche intersectorielle à la stigmatisation et à la discrimination

La stigmatisation, la discrimination et les autres violations de droits humains dans le contexte de l'épidémie ne se produisent pas toujours en lien direct avec le VIH/sida. Elles sont aussi liées à d'autres aspects de l'histoire, de la culture et de l'existence – passée et présente, collective et individuelle – des personnes touchées. Le stigmatisme, la discrimination et les autres violations de droits humains peuvent se rapporter à des expériences en tant que personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, trans ou bispirituelles; femmes; autochtones; bénéficiaires d'aide sociale; nouveaux arrivants au Canada; ou personnes qui consomment des drogues – ou à plusieurs de ces caractéristiques à la fois.

L'une des critiques à propos des lois, procédures et décisions en matière de droits de la personne, au Canada, est qu'elles requièrent que les personnes touchées fassent cadrer leurs expériences multifacettes d'inégalité et de discrimination dans les catégories abstraites du droit.⁵⁴ Les procédures de droits humains tendent à miser sur un seul motif prohibé de discrimination, au détriment du contexte de la discrimination subie par le demandeur – parfois même si celui-ci invoque de multiples motifs de discrimination.

« Il est de plus en plus reconnu qu'il peut y avoir chevauchement entre diverses catégories d'actes discriminatoires, et que certaines personnes peuvent être depuis toujours victimes d'exclusion pour un motif fondé à la fois sur la race et le sexe, l'âge et un handicap physique, ou toute autre combinaison d'actes discriminatoires. La situation de personnes qui sont victimes d'actes discriminatoires multiples est particulièrement complexe... Il peut y avoir discrimination fondée sur plusieurs motifs de distinction et, lorsque cela se produit, il n'est pas réellement important de déterminer lequel des motifs l'emporte. Il peut être plus réaliste de reconnaître que deux types d'actes discriminatoires peuvent exister et se chevaucher. »

– Juge L'Heureux-Dubé⁵⁵

Une approche intersectorielle à la stigmatisation et à la discrimination reconnaît que la combinaison de divers motifs produit une expérience unique, différente de toute forme de discrimination individuelle.⁵⁶ Dans un document de travail, la Commission ontarienne des droits de la personne souligne que :

L'utilisation d'une approche intersectionnelle ou contextualisée de la discrimination fondée sur des motifs multiples présente de nombreux avantages. Elle permet de reconnaître la complexité de la façon dont les personnes ressentent la discrimination, de tenir compte du fait que l'expérience de discrimination peut avoir un caractère unique et de prendre en considération le contexte social et historique du groupe. L'approche intersectionnelle met l'accent sur la façon dont la société traite la personne en conséquence de la confluence des motifs et n'exige pas d'elle qu'elle se moule dans un compartiment ou une catégorie rigide. Elle répond au fait que la discrimination a évolué et qu'elle a tendance à être moins ouverte et plus subtile, et à s'exprimer à de multiples niveaux, systémiques, environnementaux et institutionnels.⁵⁷

La Commission indique aussi que l'approche intersectorielle « peut être une stratégie utile [pour] lier les motifs de discrimination à l'environnement social, économique, politique et légal qui contribue à l'acte discriminatoire ». Des circonstances comme le sous-emploi ou le non-emploi, la pauvreté ou la situation de sans-abri peuvent alors être incluses dans l'analyse de la discrimination, et les protections des droits humains prévues dans les conventions internationales peuvent s'ajouter au champ des lois canadiennes sur les droits de la personne.⁵⁸ Cette approche est conforme au principe énoncé par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme en 1993, à l'effet que les droits de la personne sont indissociables, interdépendants et intimement liés.⁵⁹



LE PLAN D'ACTION

Cette partie du document renferme le plan d'action pour aider le Canada à prévenir, réduire et éliminer le stigmate et la discrimination dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida.

Le plan a été élaboré par le biais de recherches poussées ainsi que d'une démarche de consultation approfondie auprès de personnes qui vivent avec le VIH/sida, de personnes de communautés vulnérables au VIH, de représentants d'organismes communautaires, d'organismes nationaux et de regroupements de travailleurs. Il est basé sur des buts et des actions qui s'organisent en cinq volets thématiques :

- la participation des personnes vivant avec le VIH/sida et vulnérables
- s'attaquer aux attitudes stigmatisantes
- faire valoir et défendre les droits
- avoir accès aux programmes et services, à l'accommodement et à l'emploi
- et renforcer la recherche et l'évaluation.

À l'exception du volet sur « la participation des personnes vivant avec le VIH/sida et vulnérables », qui ne contient qu'un but, quoique fondamental, chaque volet regroupe plusieurs buts. Le plan d'action aborde 18 buts. Chacun de ces buts est accompagné d'actions concrètes qui devraient être entreprises afin d'y parvenir; de plus, les responsabilités d'action sont adressées à des intervenants spécifiques (p. ex. les gouvernements, les leaders politiques, les leaders de communautés, les commissions des droits de la personne, etc).

Chaque but est énoncé en conjonction avec ses ou son action(s) correspondante(s). Après la liste, le fondement du but et des actions est expliqué. Le raisonnement décrit a été tiré du feed-back des personnes qui ont été consultées pendant l'élaboration du plan d'action. De plus, nous citons des paroles des participants à la consultation ainsi que des exemples d'actions entreprises en lien avec des enjeux pertinents au volet. Nous présentons aussi d'autres faits, repérés lors d'un examen de la littérature, qui illustrent le besoin d'action.

PARTICIPATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA OU VULNÉRABLES AU VIH

BUT n° 1

La participation de personnes qui vivent avec le VIH/sida et de personnes qui sont vulnérables au VIH, à toutes les facettes du plan d'action.

Action 1.1

Les gouvernements et autres organisations qui mettent en œuvre le plan d'action adoptent toutes les mesures nécessaires pour que des personnes qui vivent avec le VIH/sida et des personnes vulnérables à contracter le VIH soient impliquées dans la conception, la planification, la réalisation et l'évaluation de leurs actions.

Action 1.2

Les gouvernements fournissent un financement suffisant et stable pour que des programmes communautaires à long terme s'occupent de réaliser des actions. Cela devrait inclure des fonds pour du travail de défense et de promotion des droits, par et pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont vulnérables au VIH.

Participation des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH

« En fin de compte, c'est la capacité de la communauté à relever le défi et à "prendre les choses en main" qui, dans de nombreux pays, a permis les plus grands progrès contre l'épidémie. »

– Cadre conceptuel et base d'action :
*Stigmatisation et Discrimination associées au VIH/sida*⁶⁰

Dans l'élaboration du plan d'action, des individus et des organismes ont souligné que des personnes vulnérables au stigmatisation et à la discrimination doivent être impliquées dans les actions qui visent à redresser le stigmatisation et la discrimination. Ainsi, il est nécessaire que des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes vulnérables au VIH participent à la conception, à la planification, à la réalisation et à l'évaluation de toutes les actions qui font partie du présent plan.

Cette exigence fondamentale est conforme aux engagements du gouvernement du Canada, notamment :

- *La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida.* Il est précisé dans cette déclaration que « la mise au point de mesures efficaces [...] exige [la] pleine participation [des personnes vivant avec le VIH/sida] à l'élaboration, à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation de programmes pertinents » (article 33).⁶¹
- *La Déclaration du Sommet de Paris sur le sida.* Le Canada et les gouvernements de 41 autres pays ont signé cette déclaration en 1994. Le Canada a accepté de « soutenir une plus grande participation des personnes vivant avec le VIH/sida par une initiative qui renforcera la capacité et la coordination des réseaux de personnes vivant avec le VIH/sida et les mouvements associatifs » (article IV.1).⁶²

Cette exigence fondamentale pour l'action est également conforme aux Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne. La directive 2, en particulier, établit les obligations des gouvernements à ce chapitre :

Les États devraient fournir un appui financier et politique permettant à des consultations collectives d'avoir lieu à toutes les étapes de l'élaboration des politiques, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes relatifs au VIH/sida, et aux organisations communautaires d'effectuer leurs tâches avec efficacité en particulier dans le domaine de l'éthique, du droit et des droits de l'homme (article 24).⁶³

L'ébauche de Plan d'action sur le VIH/sida pour l'ensemble du Canada (2004-2008) affirme elle aussi la centralité des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH dans les programmes et services. L'une des valeurs mises de l'avant dans le plan est le « renforcement de l'autonomie » :

Les personnes vivant avec le VIH et les populations à risque auront la possibilité de participer de manière significative afin de nous aider à cerner leurs besoins et lorsqu'il s'agira de planifier, d'élaborer et d'évaluer des programmes et des services. Notre réponse sera plus efficace si les collectivités les plus touchées participent activement à la promotion de leur propre santé et bien-être et si tous les services offerts sont axés sur le client.⁶⁴

L'un des buts établis dans le plan, pour les cinq prochaines années, est de :

Faire participer les personnes vulnérables au VIH ou vivant avec cette infection à des programmes et des services qui touchent leur vie.⁶⁵

Le plan définit des propositions d'actions pour optimiser la voix, l'implication et la participation significative des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH.⁶⁶

« En 1987, j'ai perdu mon emploi d'enseignant lorsque mes parents ont découvert que j'étais séropositif au VIH. Depuis, j'ai passé mon temps comme activiste pour la lutte contre le sida et aussi pour les droits des gais. À cause de mon histoire, une grande partie de ce dont je parle est lié au stigmatisme et à la discrimination, aux problèmes d'accès aux services, à la discrimination systémique et à la discrimination préexistante que rencontrent les groupes les plus touchés par le VIH/sida (les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les femmes, les autochtones, les Canadiens d'origine africaine, les immigrants et réfugiés, et les personnes qui s'injectent des drogues.)»

– Eric Smith, homme gai qui vit avec le VIH

Financement suffisant et stable, pour les programmes

Dans l'élaboration du plan d'action, des représentants d'organismes nationaux et communautaires ont aussi souligné qu'un financement suffisant et stable est nécessaire à ce qu'ils puissent fournir les services et programmes requis pour s'attaquer au stigmatisme et à la discrimination.

Les attitudes stigmatisantes et les comportements discriminatoires ne se changent pas du jour au lendemain. Les efforts pour les modifier doivent être appuyés par un financement de longue haleine. Les fonds à court terme – en particulier pour des projets isolés – font en sorte qu'il est très difficile, pour les organismes bénévoles, de conserver leurs employés, de maintenir les programmes et de fournir des services. Pour certains organismes, les exigences de demande de financement et de reddition de compte, pour des petites subventions, sont si encombrantes qu'elles deviennent des obstacles à l'obtention de fonds.

De plus, les restrictions portant sur le financement d'organismes ou de programmes qui se concentrent sur la défense des droits nuisent sérieusement à la capacité des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH de faire valoir leurs droits humains, notamment le droit de ne pas subir de discrimination.

« AIDS PEI [Île du Prince-Édouard] travaille aux problèmes de stigmatisme et de discrimination, en réalisant des projets financés (pour une durée limitée) par le Programme d'action communautaire sur le sida [PACS]; notamment en ce qui a trait à l'homophobie et à la promotion de la réduction des méfaits dans notre province. Notre plan à long terme est de maintenir ce point de mire principalement pour influencer les politiques publiques. Nous aurions besoin d'argent, pour aider au soutien du travail continu.»

– Barbara Gibson, AIDS Prince Edward Island

« Des fonds opérationnels de longue haleine sont nécessaires pour soutenir le développement, la réalisation et l'évaluation de tout plan de travail. Le succès est limité par des dépenses élémentaires, entre autres pour les déplacements, l'administration, la participation à des conférences ainsi que l'évaluation des services fournis.»

– British Columbia Persons With AIDS Society

S'ATTAQUER AUX ATTITUDES STIGMATISANTES

» Modifier les attitudes publiques

BUT n° 2

Un plus grand soutien du public à l'égard des personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont vulnérables au VIH.

Action 2.1

Des leaders politiques et communautaires font des déclarations en public à l'appui des personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont vulnérables au VIH, notamment :

- le premier ministre et des ministres fédéraux
- des premiers ministres et ministres de provinces/territoires
- des représentants municipaux
- des leaders religieux et d'autres sphères communautaires.

Action 2.2

Des leaders politiques et communautaires se prononcent contre des formes concurrentes de stigmatisme et de discrimination qui affectent des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, notamment la discrimination exercée à l'encontre de :

- personnes autochtones
- gais, lesbiennes, personnes bisexuelles ou bispituelles
- minorités ethniques, immigrants et réfugiés
- personnes qui ont un faible revenu ou qui reçoivent de l'aide sociale
- personnes qui consomment des drogues
- travailleurs et travailleuses sexuelles
- personnes transgenre
- femmes.

Action 2.3

Les gouvernements financent des organismes nationaux et communautaires pour effectuer des campagnes soutenues sur l'année complète et solidement appuyées par l'implication communautaire locale, pour modifier les attitudes négatives à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH. Ces campagnes abordent, selon les besoins de la situation locale, des attitudes communes à l'égard des :

- personnes autochtones
- gais, lesbiennes, personnes bisexuelles ou bispirituelles
- minorités ethniques, immigrants et réfugiés
- personnes qui ont un faible revenu ou qui reçoivent de l'aide sociale
- personnes qui consomment des drogues
- travailleurs et travailleuses sexuelles
- personnes transgenre
- femmes.

Les attitudes au Canada

En mars 2003, Santé Canada a commandé une étude sur les connaissances et attitudes des Canadiens à l'égard du VIH/sida.⁶⁷ Menée par les Associés de recherche Ekos, l'étude a abordé la transmission du VIH, la perception du risque, l'activité sexuelle, les tests récents du VIH, les sources d'information, les attitudes à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida et l'appui à l'implication du gouvernement dans la lutte contre le VIH/sida.

Les résultats relatifs aux attitudes des Canadiens à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida sont mixtes.⁶⁸ Près de 85% des répondants déclarent qu'ils pourraient être amis avec une personne vivant avec le VIH/sida et seulement un sur dix croit que les personnes qui ont contracté l'infection par voie sexuelle ou par l'usage de drogue ont ce qu'elles méritent.⁶⁹ Toutefois, lorsqu'on demande aux répondants dans quelle mesure ils seraient à l'aise d'avoir un contact avec une personne vivant avec le VIH/sida, dans divers contextes, le portrait est différent :

- Environ 70% des Canadiens seraient assez ou très à l'aise de travailler avec une personne vivant avec le VIH/sida ou de faire leurs emplettes dans une épicerie dont le propriétaire est séropositif.⁷⁰
- Seulement 55% des Canadiens seraient assez ou très à l'aise que leur enfant fréquente une école où un élève est séropositif.⁷¹

- Environ 40% des Canadiens seraient assez ou très à l'aise qu'un de leurs amis proches ou parents fréquente une personne vivant avec le VIH/sida.
- Seulement un peu plus de la moitié des Canadiens croient que les personnes vivant avec le VIH/sida devraient avoir le droit de travailler auprès du public, par exemple comme dentiste ou cuisinier.

Quatre Canadiens sur dix connaissent ou ont connu quelqu'un ayant le VIH/sida.⁷² Ceux-ci sont plus susceptibles de considérer le VIH/sida comme un problème grave, de manifester une connaissance approfondie du VIH/sida et d'être à l'aise avec le sujet; et ils sont moins susceptibles de se distancer de la problématique. Alors que certains individus sont devenus plus craintifs et ont diminué leurs contacts avec une personne dont ils ont appris la séropositivité, environ le même nombre de répondants lui ont donné un soutien accru. Les individus qui déclarent une connaissance approfondie du VIH/sida et ceux qui en savent réellement davantage sur le sujet sont moins susceptibles de réduire le temps passé avec une personne séropositive.

Les attitudes de sous-populations

Ces attitudes varient grandement selon les sous-populations.⁷³ Les Canadiens de plus de 65 ans et ceux qui sont nés à l'extérieur du Canada sont moins à l'aise avec les divers scénarios évoqués. Dans tous les cas, à l'exception du scénario concernant les fréquentations d'un ami proche ou d'un parent avec une personne séropositive, le degré d'aisance des répondants s'accroît avec leur degré d'éducation et leur revenu. Les femmes sont un peu plus enclines que les hommes à déclarer un degré élevé d'aisance (38% contre 31%).

Une enquête de 2003 sur les attitudes des Québécois à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida a relevé des variations semblables parmi les sous-populations.⁷⁴ Par exemple, on a constaté que les personnes qui sont plus âgées (50 ans et plus), qui sont nées à l'extérieur du Canada, qui n'ont jamais connu une personne vivant avec le VIH/sida ou qui sont homophobes, craignent davantage les personnes séropositives au VIH. Elles seraient mal à l'aise en présence de celles-ci ou craindraient pour leur santé si elles travaillaient avec un collègue séropositif. Les membres de ces sous-populations, les hommes, de même que les individus qui ont moins de 14 années de scolarité, seraient moins enclins à devenir amis avec une personne vivant avec le VIH/sida ou à lui faire une accolade, et jugeraient davantage celles qui ont contracté l'infection par l'injection de drogue ou par des rapports homosexuels.

Faire face au stigmatisme et à la violence en 2003⁷⁵

« Je vis dans un petit village de 1 800 habitants depuis dix ans avec mon conjoint et je suis séropositif depuis treize ans. Pendant toutes ces années, j'ai bien essayé de camoufler mon secret mais, inévitablement, la réalité refait surface. Les gens de mon patelin sont surprenants car, autant ils ont une grandeur d'âme pour te venir en aide, autant ils peuvent te détruire par leurs paroles ou leurs gestes. C'est en effet cette dernière facette qui m'a fait vivre des événements troublants.

Nous étions, mon conjoint et moi, dans un bar pour fêter la venue de la nouvelle année. Que de personnes avons-nous rencontrées. Tout se passait très bien jusqu'à ce qu'un petit groupe de jeunes, âgés dans la vingtaine, commence à me regarder sournoisement. Je me suis vite aperçu que j'étais leur sujet de conversation car, à un moment donné, l'un d'eux me crie tout fort « Comment ça va le sidéen? ». Inutile de dire à quel point je fus surpris et estomaqué. Je ne pouvais laisser passer ça sous silence. Je me suis donc avancé vers eux pour leur faire part de mon mécontentement. Avant même que j'aie le temps de m'en rendre compte, la personne qui m'avait insulté m'a sauté dessus en me frappant avec tellement de rage et de force que j'ai perdu rapidement connaissance. Lorsque je me suis réveillé, je me suis aperçu que d'autres adultes avaient maîtrisé mon agresseur. J'avais le visage ensanglanté et la mâchoire cassée.

Deux solutions se présentaient à moi. La première était de recourir aux tribunaux. La deuxième était de le rencontrer pour un règlement hors cours afin de lui faire comprendre les torts causés, la portée de ceux-ci et l'obligation de les réparer. C'est vers cette dernière qu'il s'est orienté.

À ceux et celles qui auront à vivre des situations difficiles face au VIH, je leur conseille d'être fort(es) et de ne pas se laisser abattre par les événements. Il faut foncer, faire face, et se défendre. Vous en sortirez grandi croyez-moi. »

L'intersection entre le stigmatisme du VIH/sida et d'autres formes de stigmatisme et de discrimination

Plusieurs études menées en Amérique du Nord et en Europe ont observé une intersection entre la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/sida et celle de populations affectées par l'épidémie, en particulier les hommes gais et les personnes qui s'injectent des drogues.⁷⁶ Une minorité de la population est plus susceptible de blâmer et moins encline à aider les hommes gais ou les individus séropositifs qui s'injectent des drogues.

L'étude québécoise a confirmé cette intersection entre l'homophobie et le stigmatisme du VIH/sida.⁷⁷ Bien que la majorité des Québécois ait une attitude positive à l'égard des hommes gais, on observe des taux plus élevés d'homophobie dans certaines sous-populations, notamment les hommes, les personnes nées à l'extérieur du Canada, les personnes plus âgées, qui ont un faible degré de scolarité ou qui n'ont jamais connu une personne vivant avec le VIH/sida. Celles qui ont une attitude plus négative à l'égard des hommes gais jugent plus sévèrement les personnes qui ont contracté le VIH par des rapports homosexuels ou par l'usage de drogue. Elles craignent davantage les contacts avec des personnes séropositives et sont moins susceptibles de se lier d'amitié avec elles. Elles sont plus enclines à penser que les personnes vivant avec le VIH/sida ne devraient pas avoir le droit d'occuper certains emplois.

Des études qualitatives menées auprès de populations spécifiques ont également constaté que diverses formes de stigmatisme et de discrimination recourent et exacerbent la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida. Par exemple, une étude a montré comment la stigmatisation de l'homosexualité et de l'usage de drogue contribue au stigmatisme du VIH/sida parmi les communautés africaines et caraïbes, au Canada.⁷⁸ Parallèlement, elle a illustré comment les stéréotypes à propos des sociétés africaines et caraïbes, et de l'épidémie du VIH parmi celles-ci, alimentent le stigmatisme que subissent les personnes d'origine africaine et caraïbe vivant avec le VIH/sida au Canada. De telles attitudes s'ajoutent aux défis de l'établissement et de l'adaptation au contexte canadien, que rendent déjà difficiles le racisme et la marginalisation.

Une autre étude a montré comment les idées préconçues et stigmatisantes à l'égard de la sexualité et de la drogue recourent les attitudes vis-à-vis des femmes et entraînent de la discrimination à l'endroit de celles qui vivent avec le VIH/sida dans divers contextes.⁷⁹ Les participantes à l'étude ont dit s'être heurtées à une curiosité inopportune, à des questions et attitudes dépréciatives, à des blâmes pour leur séropositivité et à des services refusés ou inférieurs, dans plusieurs secteurs : système judiciaire, bureaux gouvernementaux, entreprises, voisinage, et même des organismes de lutte contre le VIH/sida.

L'information à elle seule ne suffit pas

L'information ou la connaissance à elle seule ne suffit pas à vaincre les attitudes stigmatisantes. Par exemple, même les personnes qui connaissent relativement bien les voies de transmission du VIH peuvent continuer de craindre les contacts quotidiens avec des personnes séropositives.⁸⁰

Les efforts pour vaincre le stigmate lié au VIH/sida combinent souvent l'information ou l'éducation à d'autres approches visant par exemple à :

- favoriser l'acquisition de compétences pour établir des rapports décontractés et non stigmatisants avec les personnes vivant avec le VIH/sida;
- aider les personnes vivant avec le VIH/sida à mieux composer avec leur diagnostic, par le counselling et les groupes de soutien; et
- favoriser les contacts personnels ou la communication entre le public et les personnes vivant avec le VIH/sida.⁸¹

La combinaison de l'information ou de l'éducation avec une ou plusieurs de ces approches s'est avérée plus efficace que l'information/éducation à elle seule.⁸² La communication interpersonnelle au sein de réseaux sociaux semble cruciale.⁸³ Un récent examen des programmes pour réduire la stigmatisation des personnes touchées par la schizophrénie, au Canada, en Australie et au Royaume-Uni, a révélé que les initiatives locales qui encouragent les contacts individuels sont plus efficaces que les vastes campagnes d'éducation du public, pour réduire la distance sociale.⁸⁴

Un aperçu des interventions pour réduire le stigmate lié au VIH/sida, effectué pour le compte d'un projet sud-africain, a conclu que les éléments suivants sont essentiels :⁸⁵

- des campagnes d'information, d'éducation et de communication novatrices et créatives;
- la communication interpersonnelle avec les pairs;
- un accès amélioré aux services; et
- l'implication communautaire.

Par conséquent, les actions proposées ci-dessus devraient être combinées à d'autres mesures de ce plan d'action – en particulier le soutien des pairs, la défense des droits au palier communautaire et l'amélioration de la fourniture de services.

» Éclairer la couverture des médias

BUT n° 3

Une couverture médiatique sur le VIH/sida, et sur les personnes touchées ou vulnérables, qui n'est pas stigmatisante et qui est éclairée par la connaissance du VIH/sida.

Action 3.1

Les gouvernements financent des organismes nationaux et communautaires pour le développement de programmes, de personnel, d'instruments ainsi que de formation, afin de :

- développer des relations avec les médias
- éclairer la couverture médiatique des problématiques qui affectent leurs populations
- réagir à la représentation erronée, dans les médias, de problématiques qui affectent leurs populations.

Le pouvoir des médias

Bien que les médias de masse aient à eux seuls un impact limité sur la modification des comportements individuels, ils contribuent néanmoins au contexte dans lequel les gens pensent et agissent.⁸⁶ Ils peuvent donc jouer un rôle crucial dans la réduction du stigmate.

On critique souvent le fait que la couverture médiatique, dans le monde, renforce les stéréotypes et les préjugés à l'égard du VIH/sida, plutôt que de les atténuer.⁸⁷ Des expressions telles que « victime du sida » ou « sidatique » ou des images de personnes tristes ou malades brossent un faux portrait des personnes qui vivent positivement avec le VIH/sida. Des récits sensationnalistes à propos de cas réels ou allégués de transmission du VIH renforcent la perception que les personnes vivant avec le VIH/sida sont irresponsables. Il arrive aussi que la couverture médiatique sur l'épidémie du VIH/sida mise sur certaines populations affectées, au détriment d'autres.

« Il y a des individus qui affirment leur séropositivité et qui n'ont pas peur de s'exprimer. Ce dont on a besoin, c'est d'une couverture médiatique qui ne présente pas de nouveaux médicaments et leurs effets secondaires, ni des personnes souffrantes ou mourantes, mais bien des entrevues avec des personnes séropositives qui vivent! » [trad.]

– Bradford McIntyre, homme qui vit avec le VIH depuis 20 ans

Un examen de la couverture médiatique sur le VIH/sida a révélé que « le journalisme le plus efficace intègre trois éléments : des perspectives de personnes vivant avec le VIH/sida; le contexte culturel, économique et politique qui façonne l'épidémie; et la science du VIH »⁸⁸ et que « la qualité de la couverture médiatique du sida dépend non seulement de la présence de journalistes motivés et informés, mais aussi de la sensibilisation et de l'engagement d'un éventail d'employés dans la hiérarchie des entreprises médiatiques » [trad.]. Les organismes non gouvernementaux et communautaires peuvent jouer un rôle d'importance à ce chapitre. L'examen de la couverture médiatique a conclu que ces organismes « doivent développer une compréhension des médias et s'assurer que les réponses novatrices à l'épidémie reçoivent une couverture médiatique adéquate, qui rehausse leur crédibilité. » [trad.]⁸⁹

« Les médias sont un puissant instrument qui peut rehausser notre travail tout en perpétuant des inégalités. Le conseil d'administration de Sida Nouveau-Brunswick prépare une trousse à l'intention des médias du Nouveau-Brunswick, qui soulignera des enjeux provinciaux critiques comme le stigmatisation et la discrimination, et qui comprendra une section sur la terminologie et le pouvoir des mots. » [trad.]

– Haley Flaro, directrice générale

L'intersection de diverses formes de stigmatisation liée au VIH/sida exige que les efforts de surveillance, d'information et de rectification de la couverture médiatique s'étendent jusqu'aux populations vulnérables au VIH – par exemple, les personnes qui consomment des drogues, les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, bispirituelles et trans, les personnes d'origine africaine ou caraïbe, les autochtones et les détenus.

» Soutenir les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH

BUT n° 4

L'accès à des programmes misant sur les pairs et conçus en fonction des besoins particuliers des personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont vulnérables au VIH.

Action 4.1

Les gouvernements intègrent des programmes misant sur les pairs, dans leurs stratégies et programmes de santé pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont vulnérables au VIH. Les mandats, principes et pratiques exemplaires, pour ces stratégies et programmes, doivent être développés avec la contribution de pairs qui vivent avec le VIH/sida et qui appartiennent à des communautés vulnérables au VIH.

Action 4.2

Les gouvernements fournissent des fonds soutenus et suffisants, à des programmes misant sur les pairs, à l'intention des personnes qui vivent avec le VIH/sida. Les programmes sont conçus en fonction de leur situation particulière et abordent des enjeux comme :

- composer avec un diagnostic de séropositivité
- la réduction des méfaits dans l'activité sexuelle et l'usage de drogue
- les réalités socioéconomiques des personnes vivant avec le VIH/sida
- réagir au stigmatisation et à la discrimination
- les relations avec les personnes intimes, les amis, la famille et la communauté
- les obstacles aux services
- devenir un militant.

Action 4.3

Les gouvernements fournissent des fonds soutenus et suffisants, pour des programmes misant sur les pairs, à l'intention des *personnes vulnérables au VIH*. Les programmes sont conçus en fonction de leur situation particulière et abordent des enjeux comme :

- la réduction des méfaits dans l'activité sexuelle et l'usage de drogue
- les réalités socioéconomiques qui accroissent la vulnérabilité au VIH
- réagir au stigmatisme et à la discrimination
- les relations avec les personnes intimes, les amis, la famille et la communauté
- les obstacles aux services
- devenir un militant.

Les effets du stigmatisme

Le stigmatisme contribue à l'isolement des personnes qui en sont affublées. Cela se produit de plusieurs manières, dans l'épidémie du VIH/sida.

- Le stigmatisme contribue au silence et au déni. Le stigmatisme associé à certains sujets (la sexualité, la drogue, l'homosexualité, par exemple) fait en sorte qu'il est difficile de parler du VIH/sida, dans plusieurs communautés.⁹⁰
- Le stigmatisme contribue au secret. Il y a plusieurs raisons pour lesquelles des personnes vivant avec le VIH/sida ne parlent pas de leur séropositivité. Elles veulent éviter qu'on s'inquiète pour elles; elles veulent protéger leurs enfants; elles veulent conserver leur emploi; elles veulent développer une amitié; etc. Elles tentent aussi d'éviter le stigmatisme et la discrimination.⁹¹
- Le stigmatisme contribue à l'auto-stigmatisation. Le sentiment de soi, chez les personnes vivant avec le VIH/sida comme pour les autres, est influencé par les attitudes et comportements des personnes de l'entourage. Les personnes vivant avec le VIH/sida peuvent avoir des sentiments très négatifs envers elles-mêmes, en particulier dans la période qui suit leur diagnostic initial de séropositivité.⁹² Il se peut qu'elles aient vis-à-vis d'elles-mêmes des réactions semblables à celles de la société, teintées de rejet, de déni, d'indifférence ou d'estime déficiente.⁹³
- Le stigmatisme contribue à l'isolement et au retrait. Des études ont constaté que les personnes vivant avec le VIH/sida qui reçoivent des remarques blessantes ou des blâmes sont plus susceptibles d'être réservées, isolées ainsi que passives dans leur réaction à leur séropositivité.⁹⁴ Elles présentent aussi des degrés plus élevés de dépression et d'anxiété, en partie à cause de la manière dont elles réagissent à leur situation.⁹⁵

- Le stigmatisme crée des obstacles à l'accès aux services. Des études ont aussi montré que le stigmatisme peut conduire des personnes à éviter le test du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement,⁹⁶ et qu'il peut également pousser des personnes vivant avec le VIH/sida à ne pas recourir à des soins de santé.⁹⁷ Lorsque le VIH/sida est fortement stigmatisé, les personnes vivant avec le VIH/sida hésitent à s'adresser aux services d'organismes de lutte contre le sida, ou elles font très attention si elles y ont recours, par crainte de révélations ou de rumeurs à leur sujet.⁹⁸ Cela s'observe également dans les situations où il est difficile de garder l'anonymat ou de protéger la confidentialité, par exemple dans les petites villes ou en région rurale.⁹⁹

Understanding and Challenging HIV Stigma: A Toolkit for Action

Cette trousse d'outils a été conçue à l'intention (et en consultation avec) des organismes non gouvernementaux, groupes communautaires et éducateurs en matière de VIH/sida, afin de rehausser la sensibilisation et de favoriser des actions pour contrer la discrimination et le stigmatisme associés au VIH. Fondée sur des recherches menées en Éthiopie, en Tanzanie et en Zambie, la trousse contient 57 exercices et activités. Dans le cadre du même projet, on a mis au point plus de 125 autres exercices, qui sont accessibles.

+ Information supplémentaire :

www.changeproject.org/technical/hiv/ids/stigma.html

Rejeter le stigmatisme – les personnes vivant avec le VIH/sida

On peut aider les personnes vivant avec le VIH/sida à rejeter le stigmatisme et les conséquences qu'il a sur elles. Ces personnes peuvent aussi en aider d'autres à rejeter le stigmatisme et ses conséquences. Cela peut se faire de diverses manières.

- *Le counselling* : Il ne suffit pas d'une courte séance d'information sur le VIH/sida pour réussir à s'adapter adéquatement à la nouvelle que l'on est séropositif au VIH. Un counselling approfondi, au moment du test du VIH (avant le test puis à l'annonce du résultat) ainsi que du counselling de soutien, par la suite, sont essentiels. Sans ce soutien, la réaction de la personne séropositive peut être de garder le secret ou de nier la réalité, en particulier dans les sociétés ou communautés où le sida est considéré comme « une mort sociale et physique ».¹⁰⁰

- *Le soutien entre pairs* : Les participants à l'atelier qui ont commenté la première version du présent plan d'action ont souligné l'importance du soutien communautaire entre pairs, pour les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH. Cette remarque a été réitérée lors du lancement d'une liste internationale de discussion électronique sur l'auto-stigmatisation et le VIH/sida : « Les groupes de soutien entre pairs sont des bouées de survie pour plusieurs personnes nouvellement diagnostiquées; il est essentiel de renforcer la fourniture de soutien entre pairs. »¹⁰¹

« Notre organisme a mis sur pied un groupe de pairs formé de personnes des Premières Nations vivant avec le VIH/sida et de familles affectées. Nous avons besoin de conseils et de financement de longue haleine. Nous sommes conscients que nos experts de la communauté sont des bénévoles qui méritent d'avoir du soutien pour rehausser la sensibilisation et l'éducation au palier local et pour communiquer avec d'autres intervenants de la région. »

– Fairlie Mendoza, Tsewultun Health Center of the Cowichan Tribes

- *Les traitements* : L'accès aux traitements est une condition nécessaire à l'élimination du stigmat. L'accès aux traitements pour le VIH aide à réduire le stigmat associé au VIH/sida, tant chez les personnes séropositives que chez leurs proches. Dans les pays où l'accès aux traitements du VIH est mince ou nul, le changement d'attitude est radical lorsque les traitements deviennent disponibles.¹⁰² La même évolution s'observe en Amérique du Nord parmi les groupes qui n'ont pas facilement accès à un traitement du VIH ou qui ont besoin de soutien dans le maintien de ce traitement.¹⁰³ Le traitement, à lui seul, ne parvient pas à éradiquer le stigmat.

« La plupart de mes clients n'ont jamais pris de traitement anti-VIH; ils songent à commencer le traitement dans un de nos programmes. Souvent, je les rencontre dans le bureau du médecin immédiatement après qu'ils aient reçu le résultat de leur test du VIH. Ils sont en larmes, au désespoir, et se blâment. Plusieurs se disent : « Je suis toxique, empoisonné », « Plus jamais personne ne m'aimera », « Ma mère (ou mon père, ou ma famille, ou mon partenaire) va mourir, en l'apprenant ». ... Et j'ai le plaisir de dire que la plupart de mes clients, en quittant notre programme, sont beaucoup plus optimistes, confiants dans les connaissances qu'ils ont acquises, et réalisent qu'ils peuvent vivre une vie normale dans les limites de leur régime de traitement. Plusieurs facteurs contribuent à ce changement d'attitude, mais je suis persuadée que le plus grand est l'accès aux traitements. »

– Janice Price, Swedish Medical Center, Seattle¹⁰⁴

- *La participation active* : L'activisme, la participation à des groupes de soutien ainsi que le bénévolat améliorent la vie des personnes vivant avec le VIH/sida. Les personnes qui s'impliquent de ces manières sont plus susceptibles de faire valoir leurs droits et intérêts; et les personnes qui se défendent sont susceptibles d'avoir des moyens plus efficaces pour faire face aux difficultés qu'elles rencontrent.¹⁰⁵

- *L'ouverture publique* : Certaines personnes choisissent d'être ouvertes publiquement à propos de leur séropositivité, afin de combattre l'isolement et le stigmat. Ces personnes décrivent cette ouverture comme une expérience de profonde libération et d'affirmation. Mais elles disent aussi que ce n'est pas une chose facile, précisément à cause du risque de stigmat et de discrimination.¹⁰⁶ Le soutien de membres de la famille et de pairs ainsi que la formation pour parler en public les aident à faire face aux réactions qu'elles rencontrent lorsqu'elles parlent de leur séropositivité en public.¹⁰⁷

« Qui peut mieux joindre les personnes que celles qui vivent avec le VIH et qui n'ont pas peur de parler de leur réalité? Afin de ne pas rester dans la peur, on a besoin de voir des personnes vivant avec le VIH qui sont ouvertes à ce sujet ... Plusieurs personnes sont ouvertes à propos de leur séropositivité, dans le monde; et un nombre encore plus grand disent qu'elles voudraient elles aussi être capables de vivre sans peur et pouvoir dire qu'elles vivent avec le VIH. Malheureusement, la crainte de discrimination existe encore et elle empêche beaucoup de gens de se sentir en sécurité pour révéler leur état. »

– Bradford McIntyre, homme séropositif depuis 20 ans

Rejeter le stigmat – les personnes vulnérables au VIH

Le soutien entre pairs, l'accès aux services, le counselling approprié, l'implication et la promotion des droits sont autant d'autres moyens d'aider les personnes vulnérables au VIH à rejeter le stigmat auquel plusieurs sont sujettes. L'analyse des besoins spécifiques de chaque population ainsi que des stigmates concurrents que certaines mesures pourraient contribuer à vaincre (stigmates associés non seulement au VIH/sida, mais aussi aux tabous sexuels, à l'homophobie, au sexisme, au racisme, à la phobie envers les personnes qui utilisent les drogues illégales, à la pauvreté, à l'incarcération, etc.) déborde du cadre du présent document. Voici quelques exemples d'actions dans diverses populations :

- un projet pilote de promotion de la santé par les pairs, au Pénitencier Dorchester (Nouveau-Brunswick);¹⁰⁸
- le modèle de santé par les pairs autochtones, mis au point par le Réseau canadien autochtone du sida, à l'intention des établissements correctionnels fédéraux;¹⁰⁹
- le Projet Sain et sauf, pour jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et bispirituels;¹¹⁰
- le travail de réduction des méfaits ainsi que de promotion et défense des droits et intérêts, par le Vancouver Area Network of Drug Users;¹¹¹
- le projet Direction 180, qui est un programme à critères souples pour l'entretien à la méthadone, à Halifax;¹¹²
- les centres de santé communautaire dotés d'une approche inclusive, féministe, antiraciste et multilingue, en matière de promotion de la santé des femmes, comme le centre Women's Health in Women's Hands, à Toronto;¹¹³
- le mouvement de l'International Two-spirit Gathering.¹¹⁴

FAIRE VALOIR ET DÉFENDRE LES DROITS

» Renforcer l'éducation communautaire et la défense des droits

BUT n° 5

Une action soutenue pour défendre et faire valoir les droits des personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont vulnérables au VIH.

Action 5.1

Les gouvernements fournissent du financement opérationnel durable à des organismes nationaux et communautaires, afin qu'ils :

- défendent les droits des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH
- éduquent d'autres intervenants à propos de ces droits
- fournissent une formation
- établissent des réseaux en la matière
- développent et disséminent des ressources
- planifient et réalisent des actions conjointes.

Le rôle de l'éducation et de la défense des droits

Les organismes nationaux et locaux ont un rôle crucial dans la promotion des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH. Ils s'en acquittent en éduquant les personnes de leur population et leurs membres, ainsi que les intervenants à leur service, et en faisant valoir les droits et intérêts de leur clientèle, sur les plans individuel et collectif.

Il se peut que ce travail ne soit pas toujours cadré ou défini comme une action contre la discrimination et pour les droits humains. Il peut être présenté comme un travail pour aider les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH à obtenir les services dont elles ont besoin, ou à mieux comprendre leur situation; par exemple :

- les faits sur le VIH/sida;
- les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH;
- les problèmes que les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH rencontrent dans leur accès aux services; et
- comment éviter ou résoudre ces problèmes.

Ce travail doit être soutenu par des ressources adéquates. Il doit être adapté aux besoins des personnes qui ne sont pas desservies adéquatement. Et il peut être renforcé au moyen de références plus explicites au droit de ne pas subir de discrimination ainsi qu'à d'autres droits de la personne.

« Par le biais de notre Projet Égalité, nous sommes déjà impliqués dans plusieurs activités décrites dans le [plan provisoire d'action sur le stigmatisation et la discrimination liés au VIH/sida], en particulier en matière d'éducation et de défense des droits humains. À l'appui de ce plan, nous pourrions partager ce que nous avons appris, la recherche que nous avons effectuée et les outils éducatifs que nous avons créés. Dans l'avenir, nous aimerions concentrer notre programme davantage sur l'éducation à propos des droits humains liés au VIH/sida à l'intention des fournisseurs de soins de santé, des employeurs, des propriétaires locatifs ainsi que des avocats ... Afin de poursuivre notre travail dans ce domaine et de l'élargir pour inclure les actions proposées dans ce plan, nous aurions besoin de financement continu et stable, pour payer un intervenant à temps plein en matière de droits de la personne (alors que nous avons actuellement du financement annuel). »

— Jessica Leech, AIDS Calgary

Des ressources adéquates pour la promotion et la défense des droits

Pendant l'automne 2000, la Stratégie canadienne sur le VIH/sida (SCVS) a entamé un processus de planification stratégique. Quelques réunions nationales ont eu lieu. Tout au long de ces consultations, les organismes nationaux et communautaires ont souligné la nécessité de ressources adéquates pour satisfaire les besoins complexes des personnes vivant avec le VIH/sida et vulnérables au VIH.

Dans le rapport de la première rencontre de planification stratégique, tenue en novembre 2000, il est affirmé que « la SCVS doit développer une stratégie pour le renouvellement et le développement des ressources humaines pour faire face à la complexité de l'épidémie du VIH/sida. »¹⁵ On y fait explicitement référence à la nécessité de renouveler et de soutenir les travailleurs communautaires, tant ceux qui se consacrent au VIH/sida que ceux qui travaillent aux problèmes de l'itinérance, de l'usage de drogue, de la pauvreté,

ou à d'autres réalités pertinentes au VIH/sida. On y suggère que les organismes qui travaillent spécifiquement sur le VIH/sida devraient examiner ce en quoi consiste leur rôle et celui d'autres organismes communautaires.¹¹⁶ On y note par ailleurs : « Il est souvent nécessaire de surmonter des “trous noirs” systémiques qui empêchent les organisations de reconnaître leurs rôles et responsabilités reliés au VIH/sida. »¹¹⁷ Cela nécessite une combinaison d'éducation et de défense des droits.

Lors de la deuxième réunion de planification stratégique, au printemps 2002, les participants ont exprimé de nouveau la nécessité de ressources pour permettre aux organismes communautaires d'aider les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH à combler leurs besoins. Louise Binder, une femme qui vit avec le VIH/sida et qui copréside le Conseil ministériel sur le VIH/sida, a déclaré :

Le rôle de la SCVS est de s'assurer qu'il existe un réseau adéquat (y compris des organismes de services et des organismes non-gouvernementaux liés au sida) pour aider les personnes vivant avec le VIH/sida à composer avec ces besoins et les référer aux services appropriés à l'extérieur de la communauté du VIH. Il n'y a même pas assez d'argent pour le faire, à plus forte raison lorsque l'on considère que diverses communautés exigent des approches et des processus particuliers.¹¹⁸

À l'automne 2003, Santé Canada a rendu publique une version provisoire de *Ensemble nous pouvons jouer un rôle de premier plan : Plan d'action sur le VIH/sida pour l'ensemble du Canada 2004-2008*, pour commentaires. Ce document incluait deux stratégies qui abordaient en partie la nécessité d'un plaidoyer soutenu, par et pour les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH :¹¹⁹

- optimiser la voix, l'implication et la participation significative des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH;
- renforcer les organismes qui fournissent des services liés au VIH et accroître leur capacité de satisfaire des besoins de plus en plus complexes.

Bien que les descriptions de ces stratégies proposent des actions valables qui aideraient à atteindre ces buts,¹²⁰ elles n'incluent pas un engagement clair et non équivoque à octroyer des fonds à des organismes pour le plaidoyer dans l'intérêt des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH. Le point le plus près d'un tel engagement, dans l'ébauche de plan d'action, se trouve à l'item 7.2, « Accroître la capacité des organisations d'être réceptives^(*) et viables et [de] défendre les intérêts des personnes et des collectivités à risque.»¹²¹

On devrait affirmer clairement, dans le plan d'action, que le plaidoyer, tant individuel que collectif, est nécessaire au plein exercice des droits de la personne (y compris le droit à la santé) et au bien-être des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH. De fait, le plaidoyer est souvent le principal moyen par lequel les personnes stigmatisées parviennent à obtenir l'accès aux soins, traitements et services de soutien qui ont été ignorés ou dont elles ont été exclues.

« En tant que population fortement brimée de ses droits, [les personnes d'ascendance africaine ou caraïbe qui vivent avec le VIH/sida] ont un besoin vital de soutien au plaidoyer dans plusieurs sphères. Le besoin de plaidoyer est critique en relation avec l'immigration, l'accès à l'information sur le VIH et sur les traitements, l'accès à un logement adéquat et approprié ainsi qu'à l'assistance financière.»

– HIV Endemic Task Force : Report on Phase Two of Community Consultation ¹²²

Le plan d'action devrait aussi affirmer explicitement que les organismes nationaux et communautaires ont besoin de financement d'opération de longue haleine, afin d'attirer et de garder des employés qualifiés, de maintenir leurs programmes et services, de rehausser leurs capacités et de planifier une action de collaboration. Les services liés au plaidoyer devraient être admissibles dans le cadre d'un tel financement, aux côtés d'autres types de services (comme l'éducation, la prévention ou les services de soutien).

Lors de consultations précédentes, on a déjà identifié avec plus de détail les types de ressources, de formation et de services qui renforceraient la capacité des organismes nationaux et communautaires de faire valoir les droits et intérêts des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH. Par exemple, en 1999, à la demande de Santé Canada, le Réseau juridique canadien VIH/sida a réalisé une consultation sur la nécessité et la faisabilité de rehausser la capacité des organismes communautaires et des avocats, en matière de réaction aux questions de droit, d'éthique et de droits humains liées au VIH/sida. Le rapport proposait un cadre pour l'accroissement des capacités des organismes et réseaux communautaires (voir l'encadré).¹²³

Le Réseau juridique canadien VIH/sida et d'autres organismes ont déjà réalisé des actions qui ont aidé à accroître ces capacités. Il serait approprié d'examiner les actions, de tirer des leçons et de planifier des étapes ultérieures.

**Cadre pour l'accroissement de la capacité
au sein des organismes et réseaux communautaires
(proposé en 2000)¹²⁴**

Premier objectif : Développer et maintenir la capacité de faire la promotion et la défense des droits et intérêts pour le compte d'individus, afin qu'ils soient en mesure de se protéger contre l'infection à VIH (par l'accès à l'information, à de la documentation et à du soutien), de satisfaire leurs besoins humains fondamentaux (revenu, logement, nourriture, soins de santé, traitements médicaux, prestations médicales supplémentaires, etc.) et de se protéger contre la discrimination illégale (dans l'emploi, le logement, les soins de santé, etc.).

- accroître les connaissances et la sensibilisation du personnel à l'égard des questions juridiques, éthiques et de droits de la personne, en fournissant un institut de formation annuelle organisé au palier régional ou pancanadien;
- soutenir le personnel dans la prestation des services de promotion et de défense des droits et intérêts, en élaborant un manuel de ressources sur les lois, règlements et politiques provinciaux et en donnant de la formation sur la manière d'utiliser le manuel;
- soutenir le personnel chargé de maintenir les services de promotion et de défense des droits et des intérêts, en fournissant de la formation en gestion des services de promotion et de défense des droits et intérêts (p. ex., gestion du temps, établissement des priorités dans la prestation des services, renvoi vers d'autres services, etc.);
- élaborer des liens entre les organismes qui fournissent des services de promotion et de défense des droits et des intérêts, des services juridiques ou des services sociaux, en commanditant des réunions régulières inter-organismes pour le réseautage, l'échange et la planification centrés sur un problème; et
- améliorer l'accès aux services juridiques des personnes ayant le VIH/sida ou appartenant à des populations touchées, en revendiquant du financement pour les services juridiques et parajuridiques sur le VIH/sida (p. ex. une clinique juridique VIH/sida).

Deuxième objectif : Développer et maintenir la capacité des organismes, individuellement et collectivement, de faire la promotion et la défense des droits et intérêts pour amener des changements aux politiques, aux lois et aux règlements qui contribuent au risque d'infection à VIH dans une population, qui privent les personnes ayant le VIH/sida ou affectées par l'épidémie, de besoins humains fondamentaux et qui créent par ailleurs de la discrimination contre les personnes ayant le VIH/sida ou touchées par la maladie.

- guider la promotion et la défense de droits et d'intérêts collectifs en appuyant des processus de planification de la promotion et de la défense des droits et intérêts fondés sur la collaboration; ces processus comprendraient notamment l'évaluation des besoins, la collecte d'information, la planification stratégique, la coordination, le réseautage et la création de partenariats;
- soutenir la promotion et la défense de droits et d'intérêts collectifs par l'échange d'information et de compétences (p. ex. par le transfert d'un modèle d'une région à une autre, l'embauche d'un conseiller juridique spécialisé, l'élaboration d'une approche commune avec des organismes qui ne s'occupent pas de VIH/sida, la dissémination d'information et de formation sur le VIH/sida à d'autres intervenants, etc.); et
- mettre en œuvre des activités de promotion et de défense des droits et des intérêts en fournissant des outils et de la formation au personnel et aux bénévoles (p. ex. un manuel de promotion et de défense des droits et des intérêts, un résumé des questions clés, un module de formation pour d'autres intervenants, etc.).

» Une meilleure sensibilisation aux droits de la personne

BUT n° 6

Une meilleure sensibilisation, parmi les personnes qui vivent avec le VIH/sida et celles qui sont vulnérables au VIH, en ce qui touche leurs droits humains et les voies qui s'offrent à elles en cas de violation.

Action 6.1

Les gouvernements et commissions des droits de la personne financent l'élaboration et la dissémination d'instruments faciles à utiliser, où sont expliqués les droits de la personne, les violations ainsi que les recours possibles en tels cas, à l'intention des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH.

Action 6.2

Les gouvernements et commissions des droits de la personne adaptent ces instruments et leur distribution, à l'intention des populations dont la situation juridique est particulière :

- personnes autochtones
- immigrants et réfugiés
- détenus.

Action 6.3

Les gouvernements et commissions des droits de la personne financent la formation de travailleurs communautaires, pour l'utilisation de ces instruments auprès de personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, et pour le soutien de ces personnes dans la prise de décisions lorsqu'elles se heurtent à une violation de leurs droits.

Faire connaître aux gens leurs options

Les gouvernements et d'autres intervenants (comme les employeurs, les propriétaires et les fournisseurs de services sociaux et de santé) ont des obligations spécifiques en vertu des lois sur les droits de la personne. L'échec à fournir des services ou à répondre aux besoins de personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH ne devrait pas être perçu seulement en termes de besoins et de services, mais aussi d'obligations et de droits.

En pratique, la priorité des personnes qui rencontrent de la discrimination dans un service devrait être de changer de fournisseur. Par exemple, elles pourraient chercher un autre appartement ou professionnel de la santé. Les volontés et priorités de ces personnes doivent être respectées. Toutefois, elles devraient aussi être informées de leurs droits et des moyens pour contester ou redresser un cas de discrimination, si elles le veulent. Le seul fait de connaître cette information pourrait les aider à rétablir leur dignité et leur valeur, après une expérience de discrimination.¹²⁵

Certains organismes communautaires ont élaboré des outils pour accroître la sensibilisation des individus à leurs droits et aux façons de les protéger. L'« Equality Project » d'AIDS Calgary en est un exemple.¹²⁶ Grâce à l'appui financier de l'Alberta Human Rights, Citizenship and Multiculturalism Education Fund, le projet a embauché un intervenant en droits de la personne, à temps partiel. La première étape du projet a consisté à recueillir de l'information par le biais d'un sondage et de groupes de discussion sur la discrimination vécue par les personnes vivant avec le VIH/sida en Alberta.¹²⁷ L'étape suivante a donné lieu à l'élaboration de feuillets pour informer les gens de leurs droits humains et des recours possibles en cas de discrimination. Ces feuillets d'information servent à éduquer ou à aider les fournisseurs de services ainsi que leurs clients. Les prochaines activités du projet viseront la consolidation des liens avec des services juridiques ou de droits humains et l'éducation des auteurs de discrimination et d'autres violations de droits humains à propos de leurs obligations.

Certaines populations ont besoin d'information juridique adaptée à leur situation. Par exemple, les autochtones devraient savoir que la Loi canadienne sur les droits de la personne (article 67) ne peut servir à contester une disposition de la Loi sur les Indiens.¹²⁸ Une loi pour abroger l'article 67 a été introduite au Parlement mais n'a jamais été adoptée. Elle ne fut pas réintroduite lors de la troisième session du 37^e Parlement. De la même façon, les individus qui souhaitent entrer ou demeurer au Canada à titre d'immigrants ou de réfugiés devraient connaître les protections que leur procure la Charte canadienne des droits et libertés, et toute restriction pouvant s'y appliquer.¹²⁹

Carte des droits de la Société juridique Pivot¹³⁰

La Société juridique Pivot a pour mandat de faire avancer les intérêts de personnes marginalisées et d'améliorer leur vie par la réforme du droit, l'éducation juridique ainsi que l'action légale stratégique. En juillet 2002, elle a lancé l'initiative de la Carte des droits en réponse à un manque de connaissance, parmi les résidents du Downtown Eastside de Vancouver, de leurs droits en vertu de la Charte. Cette carte, format portefeuille, fournit à son porteur un sommaire simple, et facile à lire, de ses droits légaux en situation d'arrestation. Elle est disponible en français, anglais, espagnol et chinois.

+ Pour placer une commande :

www.pivotlegal.org/pdfs/RightsCards-orderform.pdf

» L'accès à l'information juridique et à des conseils en la matière

BUT n° 7

L'accès à une aide juridique, pour les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH qui font le choix d'intenter des recours contre un cas de discrimination ou d'autre violation de leurs droits humains.

Action 7.1

Les gouvernements financent l'élaboration, le maintien et la dissémination de ressources pour soutenir les travailleurs communautaires et avocats, dans la tâche de réagir aux problèmes légaux, notamment la discrimination et d'autres violations de droits humains rencontrées par des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH.

Action 7.2

Les gouvernements financent l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan pour renforcer les relations et l'aiguillage entre les organismes communautaires et les avocats de pratique privée.

Action 7.3

Les organismes nationaux et communautaires impliqués dans la lutte contre le VIH/sida collaborent avec d'autres organismes pour faire valoir la nécessité d'un système public d'aide juridique adéquatement financé et qui dispose de ressources suffisantes consacrées au droit civil et administratif.

Aux prises avec une discrimination, une personne vivant avec le VIH/sida ou vulnérable au VIH peut déposer une plainte pour violation de droits de la personne, un grief auprès d'un employeur ou d'une association professionnelle, ou une autre action en justice. Alors, il se peut qu'elle ait besoin d'information légale ou d'un avis juridique. Des travailleurs communautaires, s'ils ont une formation et des ressources appropriées, peuvent fournir de l'information d'ordre légal. Mais il se trouvera des cas qu'il faut référer à un avocat, pour des conseils juridiques.

En 1998, lorsque la Stratégie canadienne sur le VIH/sida (SCVS) a été établie, le Réseau juridique canadien VIH/sida a réalisé un exercice national de planification afin de guider la nouvelle composante consacrée aux questions juridiques, éthiques et de droits humains, dans le cadre de la SCVS. Le rapport de cette démarche constatait notamment que le manque de services juridiques était un aspect préoccupant.¹³¹

Des consultations subséquentes ont confirmé ces observations quant au manque de financement des services juridiques et au manque d'aiguillage entre les organismes communautaires et les avocats locaux.¹³² Un cadre pour l'accroissement de la capacité des avocats a été proposé,¹³³ de la même manière qu'en ce qui concerne les organismes et réseaux communautaires, tel que susmentionné.

Encore ici, le Réseau juridique canadien VIH/sida et d'autres organismes ont agi pour accroître cette capacité. Encore, il serait approprié d'examiner les actions posées, de tirer des leçons de l'expérience et de planifier les prochaines étapes. Il continue d'être nécessaire que les organismes communautaires puissent référer des personnes qui sont aux prises avec des violations de leurs droits, à des avocats de leur communauté qui ont des connaissances et de l'expérience pertinentes aux problématiques que rencontrent les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH.

« Positive change: Advocacy for People with HIV disease and AIDS »

En février 1999, la British Columbia Persons with AIDS Society (BCPWA) a publié « Positive change : Advocacy for People with HIV disease and AIDS ». Les fonds pour le projet sont venus de la Law Foundation of British Columbia. Le manuel se veut une ressource pour les individus et organismes qui œuvrent pour des personnes vivant avec le VIH/sida. On y trouve uniquement de l'information juridique, et non des conseils. On y trouve entre autres une section de références où sont énumérées certaines des ressources juridiques gratuites et à faible coût pour les personnes qui ont besoin de conseils ou avis juridiques.

+ Information supplémentaire :

www.bcpwa.org/advocacy.php à la rubrique « Advocacy Publications »

« HIV & the Law Advocates Manual »

HALCO, la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario), prépare un manuel pour les personnes intéressées par le VIH et le droit. La publication est conçue pour servir aux personnes vivant avec le VIH, à leurs familles et amis, à leurs soignants, aux cliniques juridiques de l'Ontario, aux fournisseurs de soins de santé et de services sociaux, ainsi qu'aux organismes de lutte contre le VIH/sida. Certaines parties sont spécifiques au droit de l'Ontario, mais d'autres portent sur des lois qui s'appliquent dans tout le Canada. Le manuel, à paraître en 2004, est un modèle utile qui peut être adapté dans d'autres provinces. Il inclut des chapitres sur :

- les procurations et testaments biologiques
- l'immigration et le VIH
- les prisons et le VIH
- les droits de la personne
- l'emploi
- les assurances
- les relations propriétaire-locataire

+ Information supplémentaire :
www.halco.org

« Understanding the Law: A Guide for Women in Nova Scotia »

« Understanding the Law: A Guide for Women in Nova Scotia » a été préparé par la Nova Scotia Association of Women and the Law (NSAWL). Le but de la publication est de fournir aux femmes, de tout âge et de tous horizons, de l'information sur les lois qui les affectent ... La quatrième édition est la plus complète jusqu'ici. Elle inclut de l'information nouvelle, en lien avec les récents développements du droit, notamment en common law et en ce qui concerne les couples de même sexe, en particulier quant aux unions de fait enregistrées (introduites en 2001). Cette édition a été enrichie pour inclure aussi de l'information sur le droit familial collaboratif, l'adoption internationale, les déclarations d'impact sur les victimes, les poursuites contre les agresseurs sexuels ainsi que le Domestic Violence Intervention Act. « Le guide offre uniquement de l'information générale. Les changements se produisent rapidement, en droit, et l'information de ce guide pourrait vite être désuète. Si vous avez un problème juridique, vous devriez vous adresser à un-e avocat-e, à votre bureau local d'aide juridique, ou à l'une des agences et organisations énumérées dans la liste de ressources.¹³⁴

+ Le Guide est téléchargeable à
www.nawl.ca/affil/NSAWL-utl.pdf

» Travailler avec les commissions des droits de la personne

BUT n° 8

Une conscience répandue à propos des droits des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH; et des voies de réparation en temps opportun, pour les violations de droits.

Action 8.1

Les commissions des droits de la personne collaborent avec des organismes nationaux et communautaires qui travaillent auprès de personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, afin de :

- rehausser la sensibilisation des employés des commissions à propos des problèmes que rencontrent les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH
- développer des ressources éducatives et pour le plaidoyer, à l'usage de ces communautés
- identifier et abolir les obstacles aux recours en cas de violation.

Action 8.2

Les organisations autochtones militent pour l'abrogation de l'article 67 de la Loi canadienne sur les droits de la personne, et elles identifient des manières culturellement indiquées pour faire la promotion des droits de la personne au sein des communautés autochtones.

Les commissions des droits de la personne et les procédures qu'elles ont établies sont la principale voie de recours en cas de violation de droits de la personne, au Canada. Le système est loin d'être parfait, comme l'ont signalé divers rapports et études.¹³⁵ La discussion détaillée des problèmes déborde du cadre du présent document, mais les problèmes incluent :¹³⁶

- des obstacles, pour les personnes de populations marginalisées, dans l'accès aux commissions ainsi que dans le dépôt de plaintes;
- les délais et retards accumulés dans le traitement des plaintes;
- des lacunes dans l'information fournie aux plaignants;

- des lacunes dans les examens et enquêtes sur des plaintes;
- un manque d'accès direct aux décisions (les commissions de la plupart des ressorts trient les plaintes et déterminent lesquelles sont acceptées pour faire l'objet d'un jugement);
- l'échec à reconnaître la discrimination liée à des aspects multiples, recoupés, de l'identité d'une personne;
- l'échec à régler des formes systémiques de discrimination;
- des conflits ou impressions de conflits entre des fonctions simultanées des commissions (investigation, conciliation, jugement, éducation); et
- l'augmentation du nombre de plaintes reçues, sans toutefois qu'il y ait de croissance équivalente dans le budget des commissions.

Des commissions des droits de la personne ont développé des politiques ou du matériel d'éducation portant spécifiquement sur le VIH/sida,¹³⁷ les tests de dépistage d'alcool et de drogues,¹³⁸ l'orientation sexuelle,¹³⁹ l'identité sexuelle¹⁴⁰ et la source de revenu,¹⁴¹ entre autres motifs prohibés de discrimination. Néanmoins, plusieurs des personnes consultées dans le projet dont le présent rapport fait état, et qui ont de l'expérience ou expertise dans le travail impliquant des commissions des droits de la personne, ont indiqué que les employés de ces commissions ne sont pas pleinement conscientes des difficultés que rencontrent des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH. Des suggestions ont été formulées :

- il serait bénéfique que les commissions des droits de la personne entendent des travailleurs communautaires en matière de défense des droits et intérêts, ou en matière de droits de la personne, leur parler des réalités que vivent les personnes séropositives ou vulnérables au VIH; et
- les intervenants communautaires susmentionnés, avec du soutien financier, pourraient aider les commissions des droits de la personne à s'acquitter de leur mandat de prévenir en amont les violations des droits de la personne, par l'éducation des employés, des fournisseurs de services, et d'autres personnes régies par les lois sur les droits humains, en ce qui a trait à leurs obligations.

AVOIR ACCÈS AUX PROGRAMMES ET SERVICES, À L'ACCOMMODEMENT ET À L'EMPLOI

» L'éducation et la prévention communautaires liées au VIH/sida

BUT n° 9

Des programmes ciblés et adaptés à la particularité culturelle, pour l'éducation et la prévention du VIH/sida dans les populations vulnérables au VIH, en proportion des taux de prévalence et d'incidence observés.

Action 9.1

Les gouvernements s'assurent que les niveaux de financement et les allocations pour des programmes ciblés et particuliers à des cultures, pour l'éducation et la prévention en matière de VIH/sida, soient proportionnels aux taux de prévalence et d'incidence du VIH/sida qui sont observés dans ces populations.

Action 9.2

Les gouvernements demandent que la conception et la fourniture d'éducation et de prévention touchant le VIH/sida soient adaptées à la culture de la population à joindre ainsi qu'à ses besoins et points d'accès.

Action 9.3

Les organismes communautaires qui réalisent des programmes d'éducation et de prévention, en matière de VIH/sida, rendent compte de leur efficacité à satisfaire les besoins des populations vulnérables.

Action 9.4

Les gouvernements fournissent un financement soutenu à des organismes et réseaux autogouvernés de personnes vulnérables au VIH, afin d'intensifier l'implication de ces personnes dans la conception, la planification, la réalisation et l'évaluation de programmes d'éducation et de prévention liés au VIH/sida.

Au Canada, les populations vulnérables au VIH/sida appartiennent à divers contextes culturels et sociaux. Elles ont des besoins différents en matière d'éducation et de prévention du VIH/sida, en particulier, et de promotion de la santé en général. Les moyens, la langue, les lieux et les partenaires pour joindre efficacement une population dépendront des caractéristiques de celle-ci. Un programme efficace d'éducation et de prévention du VIH/sida doit tenir compte des dynamiques et de l'impact du stigmatisme et de la discrimination dans la population. Le stigmatisme et la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/sida et de celles qui sont perçues comme étant vulnérables sont un obstacle à la prévention du VIH. Tant que les gens associeront le VIH/sida à d'« autres » groupes, ils ne se considéreront pas vulnérables à l'infection et ne seront pas réceptifs aux messages d'éducation et de prévention. En revanche, le stigmatisme et la discrimination liés au VIH/sida peuvent inciter des personnes conscientes de leur vulnérabilité accrue à éviter les programmes d'éducation et de prévention du VIH par peur d'être (encore plus) stigmatisées. On a besoin de programmes d'éducation et de prévention du VIH/sida qui soient spécifiques, adaptés à la culture et ciblés, pour surmonter les obstacles que posent le stigmatisme et la discrimination.

« De nombreuses initiatives et stratégies de prévention – par exemple, la distribution de condoms, les soins infirmiers itinérants, les échanges de seringues, les sites d'injection sécuritaires et certains programmes en milieu de détention – ont prouvé leur efficacité au Canada et à l'étranger. Toutefois, ces programmes doivent être adaptés aux besoins et à la culture des populations ciblées. Il est aussi important que ces programmes... reposent sur des faits concrets et non sur des préjugés ou de fausses perceptions. »

Examen quinquennal de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, 1998-2003 ¹⁴²

« Une enquête intitulée "Sex Now", menée auprès de 1 900 hommes gais en Colombie-Britannique, a révélé que seulement le quart de ceux-ci avaient visité un organisme de lutte contre le VIH/sida au cours de l'année précédente. Les hommes séropositifs au VIH étaient beaucoup plus susceptibles de s'impliquer dans un tel organisme que les hommes séronégatifs (59% contre 21%). Les auteurs soutiennent que, même si on peut rejoindre des hommes séropositifs par le biais d'organismes de lutte contre le VIH/sida, il existe encore « un important besoin de dépasser le cadre habituel des activités de promotion de la santé et de prévention des infections transmissibles sexuellement pour joindre la majorité des hommes gais là où ils sont, dans leur propre contexte culturel. »

– Sex Now by the Numbers ¹⁴³

Le financement et les programmes de prévention et d'éducation sur le VIH/sida ne progressent pas au même rythme que les besoins persistants et émergents. Les efforts pour maintenir ou rehausser les programmes de prévention du VIH à l'intention des hommes gais et bisexuels connaissent un déclin proportionnel à l'augmentation de la prévalence du VIH parmi cette population.¹⁴⁴

Les personnes qui consomment des drogues doivent lutter pour accéder à des mesures de réduction des méfaits dont l'efficacité est démontrée, comme les lieux sécuritaires pour l'injection.¹⁴⁵ D'autres populations vulnérables, comme les personnes d'origine africaine ou caraïbe¹⁴⁶ ou les personnes trans,¹⁴⁷ ont du mal à obtenir les services de prévention dont elles ont besoin.

« Le problème, pour [les personnes d'origine africaine ou caraïbe], est que les services de santé généraux et les [organismes de lutte contre le VIH/sida] ne répondent pas toujours aux besoins d'une façon adaptée à la culture, tandis que la recherche d'aide dans leur communauté leur fait craindre les commérages et l'ostracisme. »

– HIV Endemic Task Force ¹⁴⁸

L'échec systémique à financer, à allouer des ressources et à cibler l'éducation et la prévention du VIH/sida de façon proportionnelle à l'incidence actuelle et future de l'infection a entraîné une concurrence entre les organismes ainsi que des allocations qui sont discriminatoires, ou perçues comme telles.

« On sait depuis une enquête nationale menée en 1991 que les hommes gais de Vancouver sont plus susceptibles d'avoir des rapports anaux sans protection que les hommes de n'importe où ailleurs au Canada. Or, moins de 0,1% des 11 millions \$ du programme provincial de lutte contre le VIH/sida a été alloué à la prévention du VIH chez les hommes gais, en 2001. Cette même année, le gouvernement fédéral n'a financé qu'un programme d'intervention auprès des hommes asiatiques – qu'il a depuis suspendu – et un intervenant auprès des hommes gais à Victoria. C'est de la folie! »

– Xtra! West ¹⁴⁹

Les populations dont les besoins restent à combler, et les mesures pour y voir, varieront selon la situation locale. Toutefois, plusieurs mesures devront être appliquées pour éliminer les obstacles systémiques qui entravent la réponse adéquate aux besoins de diverses populations vulnérables :

- Les niveaux de financement et les allocations pour des programmes d'éducation et de prévention du VIH/sida à l'intention de populations vulnérables doivent être proportionnels aux taux de prévalence et d'incidence du VIH/sida qui sont observés dans ces populations.
- La conception et la fourniture de programmes d'éducation et de prévention du VIH/sida doivent être ciblées et adaptées à la culture, aux besoins et aux points d'accès de la population vulnérable à joindre. Cela nécessitera des programmes multiples, fournis par divers organismes à plusieurs endroits.
- Les organismes communautaires qui mènent des programmes d'éducation et de prévention du VIH/sida doivent rendre compte de leur efficacité à satisfaire les besoins des populations vulnérables. L'ébauche du Plan d'action sur le VIH/sida pour l'ensemble du Canada propose une série d'actions à cet effet.¹⁵⁰
- Les populations vulnérables doivent participer, par des organismes autogouvernés ou des moyens équivalents, aux démarches pour déterminer si les programmes locaux d'éducation et de prévention du VIH/sida répondent à leurs besoins. L'ébauche du Plan d'action sur le VIH/sida pour l'ensemble du Canada propose une série d'actions à cet effet.¹⁵¹

» Les services de santé

BUT n° 10

Une éducation, des systèmes de formation ainsi que des pratiques, dans les centres de soins de santé axés sur les clients, qui abordent expressément des formes concourantes de discrimination rencontrées par les populations affectées par le VIH/sida :

- personnes autochtones
- gais, lesbiennes, personnes bisexuelles ou bispirituelles
- minorités ethniques, immigrants et réfugiés
- personnes qui consomment des drogues
- travailleurs et travailleuses sexuel-les
- personnes transgenre
- femmes

Action 10.1

Les établissements d'enseignement qui forment des professionnels en soins de la santé (p. ex. facultés de médecine, départements de soins infirmiers, collèges communautaires) incluent une formation sur le droit à la non-discrimination dans les soins de santé et les attitudes, ainsi que des systèmes qui satisfont les besoins spécifiques des populations susmentionnées.

Action 10.2

Les regroupements professionnels (de médecins, infirmières et infirmiers, pharmaciens, intervenants à domicile, etc.) fournissent une éducation continue sur le droit à la non-discrimination dans les soins de santé et les attitudes, ainsi que des systèmes qui satisfont les besoins spécifiques des populations susmentionnées.

Action 10.3

Les gouvernements adoptent les mesures nécessaires à remédier aux déficiences des programmes de prévention, soutien, soins et traitements qui présentent des caractéristiques discriminatoires à l'égard des populations susmentionnées; notamment :

- le manque de soutien pour les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles ou bispirituelles qui sont en processus de sortie du placard ou d'identité de genre
- le manque d'accès à des outils de réduction des méfaits en prison
- le manque d'accès à des outils de réduction des méfaits dans la communauté
- le manque d'accès à divers modèles de traitement de la toxicomanie, y compris des programmes à critères souples, dans la communauté
- les obstacles à l'accès aux médicaments antirétroviraux pour le VIH, dans la communauté
- l'interruption de traitements antirétroviraux pour le VIH, en prison.

L'expérience en lien avec les soins de santé et leurs fournisseurs varie, parmi les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH. Certaines expriment une profonde appréciation des soins qu'ils reçoivent de certains intervenants.¹⁵² D'autres rencontrent de la discrimination dans les soins de santé et cette expérience est souvent intimement liée à leur situation sociale. La perception et l'expérience des soins de santé, pour les personnes qui ont une éducation élémentaire, qui sont pauvres, qui appartiennent à des minorités visibles (p. ex. d'ascendance autochtone, africaine ou caraïbe), qui vivent en partie dans la rue, qui font ou ont fait usage de drogue, qui sont ou ont été travailleurs sexuels et/ou incarcérées, s'avère bien différente de celle de personnes blanches, hautement scolarisées et/ou qui ont ou ont eu une profession.¹⁵³

Parfois, des personnes subissent une discrimination directe. Par exemple, certains professionnels des soins de santé refusent de fournir des soins ou font des remarques stigmatisantes en les fournissant.¹⁵⁴ Parfois, des personnes subissent une discrimination indirecte. Par exemple, des études ont permis de constater que plusieurs populations – les personnes qui font usage de drogue, les autochtones, les femmes, les personnes à faible revenu – n'ont pas un accès équitable aux médicaments antirétroviraux contre le VIH ou à un soutien adéquat pour continuer ce régime médicamenteux (voir ci-dessous). Certaines populations vivent une discrimination systémique. Par exemple, certaines attitudes à l'égard des gais, lesbiennes, personnes bisexuelles, trans, ou qui consomment des drogues, conduisent à un échec du système de santé et des fournisseurs de soins à reconnaître leurs besoins en matière de santé et à y donner suite (voir ci-dessous). Toutes ces formes de discrimination compromettent ou violent le droit humain de ces individus à la santé (voir l'encadré).

Que signifie « Le droit à la santé » ?

Le Comité de l'ONU sur les droits économiques, sociaux et culturels a établi quatre critères pour évaluer le droit à la santé :¹⁵⁵

(a) *Disponibilité*. Existence en quantité suffisante des installations des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels accessibles à tous en matière de santé publique et de soins de santé.

(b) *Accessibilité*. Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles sans discrimination à toute personne relevant de la juridiction de l'Etat Partie. L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement:

- Non-discrimination;
- Accessibilité physique;
- Accessibilité économique (abordabilité);
- Accessibilité de l'information.

(c) *Acceptabilité*. Les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel, réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie et être conçus de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des intéressés.

(d) *Qualité*. Les installations, biens et services en matière de santé doivent être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité.

La non-discrimination en lien avec la santé et les soins de santé peut se résumer comme « l'interdiction » de toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux éléments déterminants de la santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer, qu'elle soit fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'infection par le VIH/sida), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé. »¹⁵⁶

Domaines communs de préoccupation

Le respect des choix individuels en matière de soins

Les personnes vivant avec le VIH/sida s'investissent beaucoup dans leurs soins de santé. Elles s'efforcent de trouver des médecins, développer des relations avec eux, les remettre parfois en question, surveiller leurs symptômes, prendre des décisions en matière de traitement, se procurer leurs médicaments, faire cadrer les traitements dans leur vie, composer avec les effets indésirables de médicaments, et réfléchir à leurs choix, à leur santé et à leur image d'elles-mêmes.¹⁵⁷ Des personnes qui vivent avec le VIH/sida se disent frustrées par des médecins qui ne reconnaissent pas leurs besoins ou contextes particuliers, et qui ne respectent pas leurs choix dans les décisions relatives aux soins, en particulier en ce qui a trait à l'amorce ou à la cessation d'une thérapie antirétrovirale. Leur satisfaction à l'égard de leurs soins de santé est plus élevée lorsque leur médecin respecte leur expérience et leurs priorités.¹⁵⁸

La confidentialité des renseignements personnels sur la santé

Des personnes vivant avec le VIH/sida continuent de signaler que la confidentialité de renseignements à propos de leur état de santé est violée, en milieu de soins de santé, notamment dans des hôpitaux. En Alberta, une enquête auprès de 34 personnes vivant avec le VIH/sida a permis de constater qu'un quart de ces répondants avait des difficultés à exercer un contrôle sur le choix des employés de l'hôpital auxquels divulguer leur séropositivité.¹⁵⁹

« Le système hospitalier est très mauvais. Ils font des choses qu'ils ne devraient pas. Ils ont détruit toute ma vie. L'infirmière a dit à mon voisin que mon mari était décédé du sida, même si je lui avais demandé de ne pas en parler. L'infirmière m'a dit qu'elle l'avait révélé à mon voisin parce qu'il devait en être au courant pour protéger sa famille [contre le VIH]. »

– Une femme d'ascendance africaine vivant avec le VIH¹⁶⁰

• L'accès aux médicaments antirétroviraux

De récentes études, à Vancouver, ont montré que des personnes de certaines populations ne reçoivent pas de traitement antirétroviral ou ne le continuent pas. Une étude, par exemple, a révélé que les personnes vivant avec le VIH/sida dans des quartiers pauvres et qui avaient des antécédents d'injection de drogue étaient considérablement moins susceptibles de se voir offrir une combinaison de trois (plutôt que deux) antirétroviraux et, en conséquence, étaient plus susceptibles de décéder prématurément.¹⁶¹ Une autre étude a mené au constat

que, parmi 1 239 personnes décédées des suites de la maladie à VIH, entre 1995 et 2001, celles qui n'avaient jamais reçu de traitement antirétroviral (32,8%) étaient plus susceptibles d'être des autochtones ou des femmes, ou d'avoir un revenu annuel inférieur à 12 147\$; et que celles qui avaient déjà reçu un traitement antirétroviral mais qui l'avaient arrêté après un certain temps (plus de trois mois) étaient plus susceptibles d'être des femmes ou d'avoir un faible revenu.¹⁶² Les auteurs ont suggéré que l'accès et la fidélité aux traitements antirétroviraux pourraient être rehaussés grâce à un accès amélioré aux traitements pour la consommation de drogues illégales, à des programmes de traitement sous observation directe, à des services médicaux sans rendez-vous ainsi qu'à un pharmacien dans la clinique médicale.¹⁶³

Préoccupations de populations particulières

Prévention et soins pour les personnes autochtones

Dans les petites localités, le stigmate du VIH et la peur de la divulgation peuvent empêcher des personnes autochtones de demander un test du VIH ou des soins pour le VIH.¹⁶⁴ Dans les grands centres, en revanche, les autochtones peuvent être menés à ne pas demander de soins pour le VIH pour des raisons qui, directement ou non, sont liées à la discrimination et au racisme.¹⁶⁵ Ces raisons peuvent être liées, entre autres, à la pauvreté, à une éducation peu avancée, à des abus physiques et sexuels, à l'usage de drogue, à un piètre logement, de même qu'à l'emprisonnement, qui forment l'héritage des écoles résidentielles, d'une assimilation forcée et de ruptures culturelles. De plus, des personnes autochtones doivent souvent migrer vers les villes afin de recevoir des soins; en milieu urbain, leur méconnaissance des systèmes de santé, couplée au manque d'accommodement des modes de fourniture de soins à l'égard des traditions autochtones, peuvent empêcher certaines d'entre elles d'avoir accès à ces systèmes. Or le fait de ne pas avoir recours aux services de soins de santé peut avoir de graves conséquences : on a constaté que les autochtones deviennent plus malades plus rapidement, décèdent plus tôt, reçoivent moins souvent une thérapie antirétrovirale, sont plus souvent hospitalisés et reçoivent moins de soins palliatifs que les non autochtones.¹⁶⁶

« Quand j'ai découvert que j'étais séropositive, j'étais enceinte de plus de cinq mois. J'avais beaucoup de problèmes ... Là où je vivais, mon médecin était plutôt ignorant du VIH. Il m'a très mal annoncé la nouvelle, parce qu'il était tellement secoué par le résultat qu'il ne savait pas comment me le dire. Il avait laissé la porte de son bureau ouverte, et il criait presque, en agitant la feuille du résultat ... il était à l'autre bout du bureau et me parlait. Tout ce temps, il portait ses gants de caoutchouc. »

– Une femme autochtone vivant avec le VIH/sida¹⁶⁷

Prévention et soins pour les gais, lesbiennes et personnes bisexuelles et bispirituelles¹⁶⁸

L'hétérosexisme et l'homophobie conduisent de plusieurs manières à des soins de santé inadéquats, pour les gais, lesbiennes, les personnes bisexuelles et bispirituelles. Il est rare que les professionnels de la santé s'informent de l'orientation sexuelle du patient; ils assument plutôt que l'on est hétérosexuel. Plusieurs ne sont pas conscients des aspects particuliers de la santé des gais, lesbiennes et personnes bisexuelles et bispirituelles, et comprennent peu le processus de sortie du placard. Lorsqu'ils savent qu'une personne n'est pas hétérosexuelle, plusieurs font preuve d'attitudes ou comportement négatifs (gêne, anxiété, pitié, dégoût, révolusion, hostilité, rejet, condescendance) et de malaise. L'anticipation de telles réactions conduit des gais, des lesbiennes et des personnes bisexuelles et bispirituelles à refuser ou à ne pas avoir recours à des soins de santé. Ils craignent le ridicule, l'abus, les préjugés, la discrimination, la divulgation de leur orientation sexuelle à des amis ou à des membres de la famille, ou d'autres réactions négatives, s'ils divulguent leur statut. Plusieurs prennent pour acquis qu'ils doivent cacher ou camoufler leur orientation sexuelle, pour recevoir des soins de santé adéquats et équitables. Cela les empêche de parler d'aspects, et de recevoir des services, qui sont particuliers à leur orientation sexuelle, au processus de sortie du placard, à la santé sexuelle ainsi qu'à la prévention du VIH.

« Si les conclusions de Sex Now suggéraient une orientation générale pour le changement, ce serait la suivante : augmenter la disponibilité d'information sur les facteurs qui affectent la santé sexuelle des hommes gais. Bien que Sex Now n'abordait pas directement la sensibilisation à l'information à jour, nous avons certainement constaté des lacunes critiques, en discutant de nos conclusions avec divers groupes, avant leur publication. L'information quant à la recrudescence locale de l'infection par le VIH était, au mieux, sporadique, même parmi les fournisseurs de soins. Peu étaient au courant d'augmentations de l'incidence du VIH dans d'autres villes comme Amsterdam, Berlin ou San Francisco, où voyagent plusieurs gais. Peu, aussi, étaient au courant des flambées récentes de syphilis dans les communautés gaies de ces mêmes villes. »

– Sex Now¹⁶⁹

Prévention et soins pour les personnes d'origine africaine et caraïbe¹⁷⁰

« Les gens des soins à domicile ont dit qu'ils appelleraient l'aide à la jeunesse, parce que mes enfants iraient à l'école et le donneraient [le VIH] à d'autres enfants, et que d'autres enfants à la maison l'attraperaient aussi. Alors j'ai téléphoné à la travailleuse sociale de l'hôpital, qui a informé la personne des soins à domicile, au sujet du virus. Après cela, la personne des soins à domicile m'a dit que j'avais besoin de l'Aide à la jeunesse, pour aider mes enfants. Je lui ai dit que je n'avais pas besoin d'aide, que j'avais tout le temps élevé moi-même mes enfants. »

Une femme d'ascendance africaine vivant avec le VIH¹⁷¹

Des personnes d'ascendance africaine ou caraïbe rencontrent des obstacles semblables à ceux des autochtones. Certaines sont méfiantes vis-à-vis des soins de santé et des traitements « occidentaux » ainsi que des fournisseurs de soins de santé, en raison d'un long historique de racisme, de mauvais traitements et de discrimination.¹⁷² Plusieurs des personnes d'origine africaine ou caraïbe qui ont recours à des services de santé trouvent que les médecins de famille, infirmières à domicile, pharmaciens et autres professionnels n'ont pas une compréhension adéquate du VIH et des questions qui s'y rattachent.¹⁷³ Certaines ont vécu des cas de violation de leur confidentialité, des remarques péjoratives et des manques de respect et de courtoisie.¹⁷⁴ Des femmes africaines ou caraïbes qui vivent avec le VIH signalent que leurs professionnels de la santé ignorent leurs doléances et suggestions, ne tiennent pas compte dûment de leurs préoccupations, leurs parlent dans un langage qu'elles ne comprennent pas, ou les traitent comme des ignorantes ou comme des enfants.¹⁷⁵ Elles trouvent qu'ils manquent de sensibilité à leur culture, dans les soins qu'ils leur fournissent.¹⁷⁶

Prévention et soins pour les personnes qui consomment des drogues¹⁷⁷

Des personnes qui consomment des drogues signalent qu'elles reçoivent des remarques et épithètes péjoratives, et qu'elles sont traitées avec mépris, par des fournisseurs de soins. Elles trouvent qu'on les fait attendre plus longtemps que d'autres patients avant de leur accorder une attention médicale, dans les urgences d'hôpitaux, et qu'on ne leur donne pas assez de soins et de médicaments antidouleur. Les programmes de traitement de la toxicomanie peuvent imposer des conditions qui constituent des obstacles insurmontables, pour ces personnes, notamment l'abstinence de toute drogue, ou des pénalités en cas de rendez-vous manqué. Les participants trouvent que de tels programmes les traitent comme des enfants, alors que les programmes plus souples leur donnent un sentiment de responsabilité.¹⁷⁸ Les soins pour le VIH, pour les personnes qui ont des antécédents d'usage de drogue, peuvent être inférieurs aux normes. Ces personnes ont de la difficulté à trouver un médecin. Comme

on le mentionnait, plusieurs n'ont pas reçu d'offre de traitement antirétroviral, ou ont rencontré des obstacles à y accéder ou à en respecter le régime.¹⁷⁹ D'après un certain nombre de personnes consultées dans la préparation du plan d'action, certains refuges et centres de traitement en résidence, pour les personnes qui utilisent des drogues, imposent des conditions superflues et stigmatisantes aux personnes séropositives au VIH (p. ex. l'exigence qu'elles portent des gants lorsqu'elles font à manger) et peuvent divulguer indûment leur séropositivité.

« Les urgences d'hôpitaux sont parmi les plus discriminatoires. Comme je suis un junkie, je fais des surdoses. Une fois qu'ils découvrent que tu as le VIH, tu vois leur attitude changer. Tu ne reçois pas la même qualité de soins. »

- Une personne séropositive qui utilise des drogues

« Nous allons dans les hôpitaux, et consulter des médecins, pour une raison. ... Nous plaçons notre confiance en eux, et la chose la plus rare que je vois dans un hôpital c'est la confiance. »

- Une femme ayant des antécédents d'usage de drogues¹⁸⁰

« Je ne ferais pas long feu dans ce ... programme. C'est trop structuré, il y a trop de règles et tu dois tout arrêter [en termes d'usage de drogue] tout d'un coup. »

« On te laisse un peu de liberté [à Direction 180], on te donne une certaine responsabilité de décider quoi faire. Ce programme marche ... l'effort vient de moi. »

« Le personnel le voit, si quelque chose ne va pas. Ils sont sincères, ils ont ça à cœur, ils t'aident, ils sont passés par là. »

- Clients de Direction 180, un programme à critères souples pour l'entretien à la méthadone¹⁸¹

Prévention et soins pour les détenus¹⁸²

Des études récentes ont documenté la persistance de l'échec des établissements correctionnels à fournir aux détenus – hommes ou femmes – des outils de prévention et des soins de santé qui soient égaux à ceux fournis dans la communauté. Dans bien des cas, les détenus n'ont pas facilement accès à des condoms, des digues dentaires, des lubrifiants et de l'eau de Javel. D'autres mesures de réduction des méfaits, comme l'échange de seringues, les options sécuritaires de tatouage, et l'information pour réduire les risques lorsque l'on s'inflige une balafre [*slashing*] ne sont pas disponibles. Plusieurs détenus ne reçoivent pas de counselling, avant de passer un test du VIH et au moment de l'annonce de leur résultat. Plusieurs de ceux qui reçoivent un résultat séropositif

au VIH affirment ne pas recevoir de counselling et de soutien adéquats, après leur diagnostic. Il est arrivé que la confidentialité de la séropositivité au VIH soit violée par des pratiques institutionnelles. (Notamment, le Commissaire à la vie privée du Canada a conclu que la pratique d'afficher publiquement les listes des rendez-vous médicaux constitue une violation du droit des détenus à la vie privée.) Des détenus qui vivent avec le VIH ou le VHC ont du mal à obtenir des soins médicaux. Cela a été documenté particulièrement parmi les femmes, qui ont des problèmes d'accès à des tests sanguins, à des médecins et à des spécialistes, à des médicaments antidouleur de manière appropriée, de même qu'à des médicaments pour alléger les effets indésirables des médicaments anti-VIH ou anti-VHC. Or il est démontré que les interruptions de traitement sont une cause de traitement inférieur aux normes, en ce qui a trait aux antirétroviraux contre le VIH. Des détenus signalent des difficultés à obtenir leurs antirétroviraux tel que prescrits, lors de mesures ponctuelles de sécurité accrue, de comparution en cour, de transfèrement, ou lorsque l'on a omis de commander les médicaments, entre autres. Il y a eu, par ailleurs, un certain nombre d'enquêtes sur des cas inhumains de décès de détenus atteints du sida dans des établissements correctionnels fédéraux.

« En prison, j'ai fait des pieds et des mains pour avoir accès à toutes sortes de choses qui sont fournies à l'extérieur. Atteindre une qualité de vie, en prison, est bien plus ardu. Tu n'as pas accès à la norme générale de soins. Il était très difficile d'avoir une diète adéquate ou des choses qui aident à alléger les effets indésirables [des médicaments]. La plupart du temps, tu ne peux même pas obtenir d'aliments de réserve pour pouvoir prendre tes médicaments correctement, comme ils sont prescrits. En plus, on n'a pas accès à des vitamines ou des suppléments adéquats. »

- Michael Linhart¹⁸³

Prévention et soins pour les personnes transgenre¹⁸⁴

La santé des personnes trans est menacée par plusieurs facteurs, dont une bonne part résultent du stigmate et de la discrimination à leur endroit, venant de la société. Signalons notamment le manque de soutien familial et social, une piètre estime de soi, la dépression et l'anxiété, les pensées et comportements suicidaires, l'auto-infligence de préjudices, l'exploitation sexuelle, les troubles nutritifs, l'isolement social, les pratiques sexuelles à risque résultant d'un manque d'estime de soi ou de l'exploitation sexuelle, la violence, la situation de sans-abri, le chômage et le sous-emploi. Plutôt que d'aider à contrer ces menaces, le système de soins de santé s'y ajoute dans plusieurs cas. Les

préjugés à l'encontre des personnes trans, dans la société ainsi que parmi les professionnels de la santé, en empêchent plusieurs de demander des soins de santé de premier recours et de divulguer leur identité sexuelle. On a rapporté que des médecins avaient refusé de soigner des personnes trans. Des régimes de soins ne couvrent pas les coûts des interventions chirurgicales et hormonales pour ces personnes, ou les soins de suivi à de telles interventions. Pour les personnes trans qui ont un faible revenu, ou qui sont sans-abri ou vivent dans la rue, il est difficile d'être assidu à prendre soin de soi et d'avoir recours à des soins médicaux, entre autres pour le VIH. Ces personnes rencontrent les mêmes problèmes que d'autres individus de populations sans-abri ou fréquentant le milieu de la rue, en plus de difficultés à trouver un médecin qui leur accorde son soutien et qui connaît les problèmes particuliers des personnes trans et séropositives.

Prévention et soins pour les femmes¹⁸⁵

Les femmes qui vivent avec le VIH/sida et celles qui sont vulnérables au VIH signalent de nombreuses manières par lesquelles le système de santé, les soins et les professionnels de la santé exercent de la discrimination indirecte, voire directe, à leur endroit. On cherche à faire passer des tests du VIH aux femmes enceintes, femmes de couleur et femmes qui vivent dans la rue. Celles qui sont considérées comme ne faisant pas partie de ces catégories sont moins susceptibles de se voir offrir un test du VIH; dans d'autres cas, on leur refuse ou on les stigmatise si elles le demandent. Souvent, la première occasion où l'on discute de VIH avec une femme est pendant la grossesse, et non dans les consultations médicales de routine. Un certain nombre d'études ont montré que les fournisseurs de soins de santé n'offrent pas systématiquement le test du VIH aux femmes enceintes; qu'on ne leur demande pas toujours leur consentement au test; et qu'on ne leur donne pas toujours un counselling pré- et post-test adéquat.¹⁸⁶ Les professionnels de la santé qui ne sont pas familiers avec la maladie à VIH chez la femme sont peu susceptibles d'en reconnaître les symptômes chez une patiente. Ils peuvent être peu informés des besoins de santé des lesbiennes et des femmes trans, ainsi qu'au risque d'infection à VIH, ou s'y montrer insensibles. Certaines femmes séropositives n'ont pas d'accès à des médicaments antirétroviraux ou ne reçoivent pas de soutien pour être fidèles au régime.¹⁸⁷ Pour des femmes qui ont des enfants, la fragmentation des services pour adultes et pour enfants, les distances physiques entre les points de services, et le manque d'établissements pour des soins adéquats aux enfants, font qu'il est difficile d'avoir accès à des soins de santé pour elles-mêmes et pour leurs enfants.¹⁸⁸

Actions proposées pour améliorer la prévention et les soins liés au VIH

Dans l'ébauche de Plan d'action sur le VIH/sida pour l'ensemble du Canada (2004-2008), on propose plusieurs actions qui, si on les concrétisait, contribueraient à résoudre certains des problèmes susmentionnés. Notamment, il est proposé de :¹⁸⁹

- mettre au point des stratégies de prévention, de soutien, de soins et de traitement qui soient intégrées, globales, accessibles sur le plan linguistique et adaptées culturellement en vue de combler les besoins complexes de santé, et les besoins sociaux et communautaires complexes (homosexuels, utilisateurs de drogues par injection, autochtones, ressortissants de pays où le VIH est endémique, personnes incarcérées et femmes à risque);
- renforcer et promouvoir les principes du test approprié du VIH auprès de toutes les personnes et de tous les organismes qui offrent des services de tests du VIH (c.-à-d., volontaire, confidentiel, counselling avant et après le test, consentement éclairé).
- cerner et éliminer tous les obstacles au test, notamment chez les populations à risque (p. ex. absence de services de test appropriés sur le plan culturel)
- élaborer des programmes accessibles et appropriés sur les plans culturel et linguistique afin de promouvoir le test du VIH chez les homosexuels, utilisateurs de drogues par injection, autochtones, ressortissants des pays où le VIH est endémique, personnes incarcérées et femmes à risque.
- veiller à ce que tous les professionnels de la santé et des services sociaux reçoivent de l'information à propos du VIH et de sa gestion, durant leur formation, et qu'ils aient accès à une formation continue sur le traitement du VIH.
- élaborer des stratégies visant à éliminer la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH de la part des professionnels de la santé, notamment les utilisateurs de drogues par injection et les personnes incarcérées, et s'assurer que ces personnes reçoivent les mêmes services de traitement que les autres personnes ayant contracté le VIH.
- collaborer avec les membres du système de traitement de la toxicomanie afin de mettre au point des programmes complets de gestion de la toxicomanie qui répondront aux besoins des gens vivant avec le VIH et des gens à risque.
- établir des liens et des réseaux avec des organismes qui sont chargés de répondre aux besoins particuliers des personnes vivant avec le VIH et des collectivités à risque ou ont l'expertise pour le faire.

Lectures complémentaires sur les obstacles aux soins de santé pour :

les personnes qui consomment des drogues :
L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques
www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues/f-idu/graphics/f-idu.pdf

les hommes gais et bisexuels :
*Access to Care: Exploring the Health and Well-Being of Gay, Lesbian, Bisexual, And Two-spirit People in Canada*¹⁹⁰

les détenues:
*Ouvrir notre avenir – Une étude nationale sur les détenus, le VIH et l'hépatite C*¹⁹¹

les détenu-e-s:
*La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*¹⁹² via
www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm

» Le logement

BUT n° 11

L'accès à un logement abordable, adéquat et accessible, pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

Action 11.1

Les gouvernements augmentent le nombre d'unités de logement subventionné et établissent des procédures pour faciliter l'accès au logement subventionné, pour les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH.

Voir aussi les actions proposées sous la rubrique « Faire valoir et défendre les droits ».

Les personnes vivant avec le VIH/sida continuent de rencontrer de la discrimination directe dans le logement, en lien avec leur séropositivité. Une enquête menée en 2002 auprès de 34 personnes vivant avec le VIH/sida en Alberta a révélé que 15% d'entre elles ont eu de la difficulté à trouver un logement et que 6% ont été harcelées ou expulsées par leur propriétaire en raison de leur séropositivité au VIH.¹⁹³

« J'ai déjà entendu parler de personnes harcelées par leur propriétaire à cause de leur séropositivité... elles devaient composer avec leur maladie et s'inquiétaient d'être mises à la rue, parce qu'elles ne connaissaient pas leurs droits légaux, leurs droits humains. Elles avaient une peur folle que leur propriétaire les mette dehors. »

– personne vivant avec le VIH/sida ¹⁹⁴

Par ailleurs, les personnes vivant avec le VIH/sida se heurtent à des obstacles liés à leurs niveaux et sources de revenu, dans le domaine du logement. Plusieurs personnes séropositives sont pauvres et n'ont que l'aide sociale comme revenu. Certaines font l'objet de discrimination directe de la part de propriétaires de logements locatifs; d'autres ne trouvent pas, à cause d'un manque de logements abordables ou subventionnés. Une étude menée en Alberta a constaté que 59% des personnes vivant avec le VIH/sida qui recevaient de l'aide sociale n'avaient pas accès à un logement sûr.¹⁹⁵ Des intervenants de diverses régions signalent que plusieurs de leurs clients séropositifs vivent dans des conditions malsaines.¹⁹⁶ Cela a également été documenté chez des populations vulnérables au VIH. Plusieurs personnes qui consomment des drogues, en particulier de la cocaïne,¹⁹⁷ n'ont pas un logement stable; elles sont sans-abri, ou vivent temporairement dans une chambre d'hôtel à occupation simple ou chez des amis ou parents.¹⁹⁸

« Nous avons cherché un endroit où rester et un logement nous a été refusé parce que nous n'avions pas d'emploi; pourtant, nous avons tous les deux un revenu assuré. »

– personne vivant avec le VIH/sida ¹⁹⁹

« Mais... tu ne vas pas dire "Allô, je m'appelle X, je suis cassé, je ne fais pas d'argent, je vis sur l'aide sociale, j'ai le VIH... s.v.p. louez-moi une chambre!" »

– personne vivant avec le VIH/sida ²⁰⁰

Lorsque des personnes vivant avec le VIH/sida sont victimes de discrimination dans le logement, elles peuvent être poussées vers une situation de logement instable et inférieur aux normes ou se retrouver sans abri. Un logement instable et inférieur et la situation de sans-abri peuvent avoir un impact extrêmement néfaste sur les personnes séropositives. Un logement stable est un facteur clé du maintien d'une bonne santé. Pour les personnes vivant avec le VIH/sida qui profitent d'une telle stabilité, il est plus facile de s'occuper de leur santé et de leur bien-être, d'être fidèles à un régime de traitement, d'avoir une nutrition adéquate et d'accéder à des soins à domicile. La situation de sans-abri accroît considérablement le risque de maladie et de décès.

La situation de sans-abri : un facteur prédictif de mortalité

Une récente étude a montré que les femmes sans-abri âgées de 18 à 44 ans, à Toronto, sont 10 fois plus à risque de mourir que les femmes de la population générale.²⁰¹ L'étude a suivi 1 981 femmes qui fréquentaient des refuges pour sans-abri, en 1995. Le taux de mortalité des femmes sans-abri de ce groupe d'âge est semblable à celui des hommes sans-abri du même âge.²⁰² Les auteurs commentent : « Puisque le VIH/sida et les surdoses sont les causes de décès les plus fréquentes parmi ces femmes, il est essentiel de leur fournir des programmes de prévention et de traitement du VIH et d'améliorer leur accès à des services de traitement de la toxicomanie. Les problèmes de santé mentale doivent aussi être abordés, vu la forte prévalence de la dépression et le risque élevé de suicide parmi cette population. »²⁰³

Les personnes vivant avec le VIH/sida ont besoin d'un logement abordable, salubre, sûr, tranquille, accessible aux personnes ayant un handicap, et proche des services de santé et d'autres commodités.²⁰⁴ De plus, certaines populations vulnérables au VIH – comme les personnes ayant une toxicomanie et/ou une maladie mentale – ont des besoins particuliers en matière de logement (p. ex., propriétaires qui acceptent l'usage continu de drogue, assorti de mesures de réduction des méfaits).²⁰⁵

« Dans certains hôtels, on ne peut pas faire à manger dans notre chambre... Où je vis présentement, je dois transporter mes choses 4 étages plus bas! Quand tu arrives à la cuisine, tu es trop fatiguée pour cuisiner! Mais tu dois alors tout rapporter dans ta chambre. Et tu dois surveiller tes aliments... à ma connaissance, au centre-ville, la plupart des chambres n'ont pas de réfrigérateur. »

— femme vivant avec le VIH/sida ²⁰⁶

Problèmes de soutien du revenu ²⁰⁷

Le revenu de nombreuses personnes vivant avec le VIH/sida dépend de l'assurance emploi, de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, de prestations d'invalidité d'un assureur privé ou de programmes provinciaux/territoriaux et municipaux d'aide sociale.

Les bénéficiaires de prestations gouvernementales d'invalidité ou d'aide sociale se sentent souvent stigmatisés par la philosophie et les politiques liées à ces programmes. Le besoin d'aide sociale est souvent représenté comme un échec du bénéficiaire plutôt qu'une obligation de la société. Cette perception est renforcée par des allégations non corroborées de « fraude du système d'aide sociale », ainsi que par la transition de l'aide sociale vers l'« assistance travail ». Les minces prestations d'invalidité de longue durée et d'aide sociale en témoignent également; elles peuvent être considérablement inférieures au coût de la vie locale. ²⁰⁸

« Je reçois environ 756\$ par mois, et mon loyer est de 725\$ pour un appartement à deux chambres. Imaginez quand il faut subvenir aux besoins de ses enfants en plus! » ²⁰⁹

« Cette étude montre clairement que le taux maximal de prestations d'assurance emploi et d'aide sociale de la Colombie-Britannique est trop faible pour aider quiconque a besoin de soutien du revenu ... Le soutien du revenu ne couvre que 44% des dépenses d'un adulte seul et 48% de celles d'un couple sans enfant, 60% des dépenses minimales d'un parent et d'un enfant de trois ans, et 59% du coût de la vie d'un parent seul avec un adolescent ou d'un couple avec deux enfants. » ²¹⁰

Outre la « philosophie » de ces programmes, d'autres défis sont liés à la documentation qu'il faut remplir pour en devenir, demeurer ou redevenir prestataire. Pour les personnes qui ne sont pas habituées aux formulaires et procédures, la démarche peut être décourageante. Le manque de coordination entre les trois principaux programmes publics – l'assurance emploi du gouvernement fédéral, les prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada et les programmes provinciaux/territoriaux d'invalidité de longue durée et d'aide sociale – cause des difficultés supplémentaires. Par conséquent, des organismes dirigés par des personnes vivant avec le VIH/sida ont créé des services de soutien ou embauché des intervenants pour accompagner les individus dans cette démarche.

Des problèmes particuliers touchent les personnes ayant une invalidité chronique mais qui sont capables de travailler sur une base intermittente (« invalidité épisodique »). Cela inclut les personnes vivant avec le VIH/sida ou d'autres handicaps comme la sclérose en plaques, l'arthrite, le diabète, la toxicomanie ou la maladie mentale. ²¹¹ Les personnes vivant avec le VIH/sida signalent des taux élevés de déficience (symptômes corporels comme la douleur ou la fatigue), de limites aux activités (capacité d'accomplir une tâche comme le ménage, les emplettes) et de restrictions à la participation (capacité de travailler ou d'étudier). ²¹² Elles peuvent connaître des périodes où elles sont capables de travailler et d'autres où elles ne le sont pas. Vu le manque de souplesse des programmes de prestations, les personnes vivant avec le VIH/sida qui reçoivent des prestations peuvent être réticentes à retourner sur le marché du travail, par crainte de ne plus pouvoir recommencer à recevoir des prestations si elles devenaient à nouveau inaptes au travail. ²¹³ Il s'agit également d'un facteur dissuasif à l'amorce d'une formation professionnelle, pour les bénéficiaires de prestations, puisque la participation à un tel programme pourrait être interprétée comme une preuve de la capacité de travailler.

Par ailleurs, dans certains ressorts, les personnes vivant avec le VIH/sida ont dû lutter pour obtenir des prestations d'invalidité supplémentaires pour leurs soins de santé, comme des allocations pour les frais de téléphone et de transport (pour communiquer avec les professionnels de la santé et se rendre à des rendez-vous médicaux) et des suppléments nutritionnels (pour demeurer en santé). Par exemple, en Colombie-Britannique, l'ancien gouvernement néo-démocrate a accepté de fournir une prestation additionnelle pour suppléments alimentaires à tous les bénéficiaires d'aide sociale séropositifs au VIH, après que la British Columbia Persons With HIV/AIDS Society en ait fait la demande dans 450 cas et remporté chacun d'eux en appel. ²¹⁴ Mais la victoire fut brève : le gouvernement libéral actuel a complètement éliminé ces prestations.

Enfin, les compagnies d'assurances privées peuvent rendre des requérants légalement inadmissibles à une assurance invalidité, vie ou hypothèque, en invoquant une condition préexistante, pour autant que l'exclusion se fonde sur des motifs raisonnables. Puisque l'espérance de vie de la plupart des personnes vivant avec le VIH/sida s'est considérablement prolongée depuis 1995-1996 (année de l'introduction de la thérapie antirétrovirale fortement active, au Canada), ²¹⁵ il est essentiel que les critères d'exclusion des assureurs se fondent sur des données à jour. Par exemple, une étude suisse a montré que les personnes vivant avec le VIH/sida qui n'ont pas une co-infection à l'hépatite C et qui reçoivent un traitement efficace contre le VIH ont un taux de mortalité à court terme égal, voire inférieur, à celui des personnes dont le traitement contre le cancer a réussi – un groupe qui a droit à l'assurance vie. ²¹⁶

En février 2003, la Société canadienne du sida et le Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale ont déposé un mémoire sur ces questions devant le Sous-comité parlementaire de la condition des personnes handicapées. ²¹⁷ En 2004, le Réseau juridique canadien VIH/sida publiera aussi un rapport final sur ces questions. Pour plus d'information, voir le site Internet du Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale à www.hivandrehab.ca et celui du Réseau juridique à www.aidslaw.ca.

» L'emploi

BUT n° 12

Des efforts renouvelés des gouvernements, employeurs et syndicats, pour promouvoir et mettre en application des lois et politiques qui protègent les droits en milieu de travail, pour les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH.

Action 12.1

Les organismes de lutte au VIH/sida, les employeurs et les syndicats collaborent à promouvoir l'employabilité et l'emploi des personnes vivant avec le VIH/sida.

Action 12.2

Les commissions des droits de la personne collaborent avec les employeurs, syndicats et organismes de lutte au VIH/sida, afin de fournir une information détaillée et facile à comprendre à propos des droits des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, en milieu de travail.

Action 12.3

Les employeurs et syndicats révisent et mettent à jour leurs politiques sur le VIH/sida en milieu de travail, et renouvellent leurs activités d'éducation sur le VIH/sida au travail. Ces activités devraient inclure de l'éducation à propos des droits des personnes qui vivent avec le VIH/sida, en tant qu'employées, collègues et bénéficiaires de services.

Grâce aux progrès en matière de traitement antirétroviral, des personnes vivant avec le VIH/sida peuvent continuer de travailler ou reprendre un emploi. Toutefois, plusieurs craignent la stigmatisation et la discrimination, dans le monde du travail.

En 1997 et 1998, la Société canadienne du sida a effectué une enquête nationale auprès de plus de 1 400 personnes vivant avec le VIH/sida.²¹⁸ Des répondants, 38% avaient un emploi et 20% étaient en recherche de travail. De ceux qui avaient un emploi, 54% n'avaient pas révélé leur séropositivité. Ces derniers, invités à expliquer pourquoi ils n'avaient pas divulgué leur état sérologique, ont majoritairement identifié les attitudes négatives ou les craintes de l'employeur ou de collègues (56%) ainsi que la discrimination de l'employeur ou de

collègues (45%). De ceux en recherche d'emploi, 57% ont dit qu'ils ne prévoyaient pas divulguer leur séropositivité.²¹⁹

Des données issues d'études moins vastes révèlent que les personnes vivant avec le VIH/sida ont raison de s'inquiéter de la sorte. Une enquête réalisée en Alberta en 2002 a montré que, de 34 personnes vivant avec le VIH/sida, 29% avaient été traitées injustement par leur employeur ou leurs collègues.²²⁰ Le récit livré par une personne à ce projet illustre que la discrimination dans l'emploi peut être subtile et que les employés temporaires peuvent être particulièrement vulnérables :

Quand l'employeur découvrait [ta séropositivité au VIH], il te donnait ton congé et disait : « Désolé, mais nous n'avons pas de travail, ces temps-ci; ne reviens pas, pour le moment ». Ils ne te disent pas : « Tu as le VIH, on ne veut pas de toi ici ». Personne n'est aussi idiot. Même à mon dernier emploi, ils savaient que je prenais toutes sortes de pilules, et je leur avais fait croire que c'était pour le diabète, mais ils ne voulaient probablement pas d'avaleur de pilules [à leur emploi] ... Je pense qu'en voyant que tu prends toutes ces pilules, ils se posent des questions ... Je ne pense pas qu'il y ait de la discrimination directe. J'ai demandé un relevé d'emploi et c'est écrit « manque de travail ». Mais ils ont embauché deux nouveaux gars.²²¹

Le Québec réoriente le programme Sida en milieu de travail

Un nouveau programme sur le sida en milieu de travail, au Québec, met l'accent sur les droits des employés qui vivent avec le VIH/sida. Le programme aborde des enjeux comme la confidentialité de la séropositivité, l'accès aux prestations d'assurance, la discrimination et la nécessité que les employeurs adoptent des mesures raisonnables pour accommoder les besoins des employés qui ont un handicap. Le programme est réalisé par la COCQ-Sida et financé par le ministère québécois de la Santé et des Services sociaux.²²²

Le test du VIH et la confidentialité

En vertu des lois sur les droits de la personne, au Canada, il est illégal qu'un employeur s'informe sur la séropositivité de candidats à l'embauche, ou qu'il requiert qu'ils passent un test du VIH – sauf si le fait de ne pas être séropositif au VIH constitue une « exigence professionnelle justifiée » qui satisfait les exigences du droit. Rares sont les emplois pour lesquels il est nécessaire d'être séronégatif. En 1996, la Commission canadienne des droits de la personne a adopté une politique où il est affirmé : « La Commission n'acceptera pas l'absence d'infection par le VIH comme une exigence professionnelle justifiée (EPJ) ou un motif justifiable (MJ) à moins que cette exigence ne soit manifestement primordiale pour exécuter les fonctions essentielles d'un emploi d'une manière sûre, efficace et fiable, ou qu'elle soit justifiée pour bénéficier de programmes ou de services. »²²³ (Une EPJ est une caractéristique qui est nécessaire à l'accomplissement d'une tâche; un MJ est une raison pour laquelle un fournisseur de service peut refuser de fournir un service à un client.) La Commission affirme aussi que « [t]out organisme qui se départit d'un employé pour des raisons de santé ou de sécurité doit fonder sa décision sur une évaluation individuelle appuyée par les plus récents renseignements médicaux et scientifiques faisant autorité en la matière ».²²⁴

En dépit de cette politique de longue date, quelques affaires importantes et récentes ont impliqué des organismes souhaitant imposer le test du VIH à des candidats à l'emploi.²²⁵ En janvier 2004, le Grand Séminaire de Montréal, un établissement qui forme des prêtres catholiques, a annoncé son intention de requérir dès septembre 2004 que tous les candidats à la prêtrise passent un test du VIH.²²⁶ L'annonce a fait des vagues. Le Réseau juridique canadien VIH/sida a adressé une lettre à l'archevêché de Montréal pour lui signaler l'illégalité de cette pratique.²²⁷ De pair avec la COCQ-sida, le Réseau juridique a demandé à la Commission des droits de la personne du Québec de faire enquête sur le dossier. La Commission a accepté d'examiner la demande. Cependant, le 16 février 2003, l'archevêché a diffusé un énoncé à l'effet qu'il avait abandonné son plan d'imposer le test du VIH aux candidats au Grand Séminaire.²²⁸

Dans la même période, on a rapporté que la Police de Montréal allait exiger dès le 1er mars 2004 que les nouvelles recrues passent un test du VIH et rejeter les candidatures de celles trouvées séropositives au VIH.²²⁹ Au début de l'histoire, un membre du comité exécutif de la Ville, chargé de la sécurité publique, a affirmé que la « sécurité du public » était une des raisons justifiant la politique. « Un policier est appelé à intervenir dans des situations d'urgence où il y a évidemment des blessures, des lésions ouvertes » [trad.], a-t-il affirmé.²³⁰ Quelques jours plus tard, le membre du comité exécutif a offert l'explication suivante : « Nous voulons protéger l'employé et le public – c'est une question de santé publique. Il est question d'une embauche pour 30 ans, dans ces cas; nous voulons recruter des personnes, dans les forces policières, qui y travailleront jusqu'à l'âge de la retraite. » [trad.]²³¹ Le Réseau juridique, la COCQ-sida et Sida bénévoles Montréal ont réagi en soulignant que le seul moyen approprié et efficace de protéger la santé publique était l'application systématique des précautions universelles, dans le travail des policiers.²³²

L'éducation en milieu de travail, les précautions de routine, les procédures post-exposition et le test volontaire – et non le test obligatoire – devraient être la pratique normale, dans les occupations où il existe un risque d'exposition à des liquides corporels potentiellement infectieux.²³³ Cette norme a été mise en question par d'aucuns à la suite de la divulgation, par l'Hôpital Ste-Justine de Montréal, qu'une chirurgienne séropositive au VIH y avait exercé.²³⁴ L'hôpital a recommandé que chacun des 2 614 patients qu'elle avait opérés passent un test du VIH.²³⁵ La chirurgienne avait divulgué sa séropositivité à son supérieur immédiat en 1991, et un comité avait été formé pour déterminer « quel type de travail médical elle pourrait pratiquer » [trad.].²³⁶ Cependant, l'administration de l'hôpital a été incapable de retracer des signes de délibération du comité après 1996. La chirurgienne est décédée en 2003. En réaction à cette omission de la part de l'hôpital, l'Association médicale québécoise (AMQ) a formulé une politique nécessitant que les médecins vivant avec le VIH divulguent leur séropositivité à leurs supérieurs, et que les hôpitaux déterminent, après consultation auprès d'experts, les précautions à prendre.²³⁷ L'AMQ et le ministre québécois de la Santé et des Services sociaux ont tous deux écarté l'option d'imposer le test du VIH aux médecins.²³⁸

Recueil de directives pratiques du Bureau international du travail : Test du VIH ²³⁹

Test du VIH

Le dépistage du VIH ne devrait pas être effectué sur le lieu de travail, sauf dans les conditions spécifiées dans ce recueil. Cela est inutile et risque de porter atteinte aux droits fondamentaux et à la dignité des travailleurs : en effet, les résultats du dépistage [pourraient] être révélés et utilisés abusivement, et le consentement des travailleurs ne pas être toujours pleinement libre ou fondé sur la connaissance de toutes les conséquences liées au dépistage. Même hors du lieu de travail, le dépistage confidentiel du VIH devrait résulter d'un consentement éclairé et volontaire. Il devrait obligatoirement être réalisé par le personnel adéquat et qualifié, dans des conditions de stricte confidentialité.

1. Recrutement et emploi

Les décisions de recrutement ou de poursuite de l'emploi ne devraient pas être subordonnées aux résultats du dépistage. Les examens médicaux de routine – entre autres les examens d'aptitude effectués avant l'embauche ou à intervalles réguliers – ne devraient pas prévoir un dépistage obligatoire du VIH.

2. Assurance

(a) Le dépistage du VIH ne devrait pas être une condition d'admissibilité aux systèmes nationaux de sécurité sociale, aux polices d'assurance générale, aux systèmes d'assurance professionnelle et aux assurances maladie

(b) Les compagnies d'assurance ne devraient pas exiger le dépistage du VIH avant d'accepter d'assurer un lieu de travail donné. Elles peuvent fonder leurs prévisions de coûts et de recettes et leurs calculs actuariels sur les données épidémiologiques disponibles pour la population en général.

(c) Les employeurs ne devraient pas faciliter le dépistage aux fins d'assurance et toute l'information qu'ils possèdent doit demeurer confidentielle.

3. Surveillance épidémiologique

Il est permis sur les lieux de travail de faire des tests de dépistage du VIH anonymes et sans recoupements ainsi que des études épidémiologiques lorsque ceux-ci sont faits conformément aux principes éthiques de la recherche scientifique, de la déontologie professionnelle et dans le respect des droits individuels et de la confidentialité. Lorsque de telles recherches sont faites, les travailleurs devraient être consultés et informés. L'information obtenue ne

devrait pas être utilisée à des fins discriminatoires à l'encontre d'individus ou de groupes de personnes. Le dépistage ne sera pas considéré comme étant anonyme s'il y a des possibilités raisonnables de déduire des résultats le statut VIH (sic) d'une personne.

4. Test volontaire

Il peut y avoir des situations dans lesquelles les travailleurs souhaitent de leur propre initiative subir le test [du] VIH, y compris dans le cadre de programmes de dépistage volontaire. Dans ce cas, le dépistage devrait être effectué par les services de santé communautaires et non sur le lieu de travail. Lorsque des services médicaux appropriés existent, le dépistage volontaire peut être effectué à la demande et avec le consentement éclairé et écrit du travailleur, lequel pourra être conseillé s'il le souhaite par le représentant des travailleurs. Le dépistage devrait être effectué par un personnel qualifié, conformément aux conditions requises de stricte confidentialité et aux dispositions en matière de communication. Des orientations [i.e. un counselling] – préalables et postérieures au test – tenant compte des besoins spécifiques des hommes et des femmes et destinées à faire mieux comprendre la nature et l'objet du dépistage du VIH, ses avantages et inconvénients, ainsi que les conséquences de la connaissance de ses résultats sur les intéressés, devraient constituer une part essentielle des procédures applicables.

5. Test et traitement après une exposition professionnelle

(a) Lorsqu'il y a un risque d'exposition au sang, à des liquides organiques ou à des tissus biologiques, des procédures devraient être mises en place sur le lieu de travail pour gérer ces risques d'exposition et les incidents ou accidents sur le lieu de travail.

(b) Suite à un risque d'exposition à du matériel potentiellement infecté (sang, liquides organiques, tissus humains) sur le lieu de travail, le travailleur devrait immédiatement bénéficier d'une consultation pour faire face à la situation, sur les conséquences médicales, les avantages du dépistage du VIH, les traitements prophylactiques post-exposition disponibles, puis être adressé aux services médicaux appropriés. Suite à l'évaluation des risques, des conseils supplémentaires devraient être fournis au travailleur sur ses droits, dont ses droits éventuels à réparation, et sur les procédures à suivre.

L'accommodement en milieu de travail – pour que ça fonctionne au travail

« Accommodement » signifie que des mesures soient prises pour faire en sorte que le lieu du travail soit un milieu où les personnes qui ont des handicaps peuvent vaquer aux tâches essentielles de leur emploi. L'accommodement consiste à éliminer des obstacles (physiques ou relevant des attitudes et des politiques) qui font entrave au droit des personnes handicapées de travailler sans subir de discrimination fondée sur leur handicap. Pour travailler ou continuer de travailler, certaines personnes vivant avec le VIH/sida peuvent avoir besoin d'un accommodement – par exemple pour gérer des périodes épisodiques de fatigue et de maladie, pour aller à des rendez-vous médicaux, ou pour voir d'autres manières à leur santé. Les exemples d'accommodement incluent des horaires flexibles, un changement de quart de travail, un congé, ou un changement de charge comme l'option du travail à temps partiel.

Dans l'enquête de 1997-1998 auprès des personnes vivant avec le VIH/sida, les répondants qui étaient en recherche d'emploi ont été interrogés sur les avantages et les accommodements qu'ils souhaiteraient. Ils ont identifié : le maintien des prestations financières ou d'invalidité (64%), les horaires flexibles ou allégés (63%), des attitudes plus compréhensives relativement au VIH (52%), des congés de maladie prolongés (45%) et plus de temps pour les rendez-vous médicaux (45%). Les principales préoccupations de ces personnes, à propos d'un retour au travail, étaient : la perte de prestations d'invalidité (70%), la perte de l'assurance médicaments (69%), la perte de couverture étendue d'assurance santé (59%), la perte de revenu ou d'emploi à cause du besoin de congés pour des rendez-vous médicaux (51%), la gestion de l'horaire du traitement ou des effets secondaires en milieu de travail (51%) et la divulgation de leur séropositivité.²⁴⁰

Les personnes vivant avec le VIH/sida ont un droit à l'accommodement en milieu de travail. Elles n'ont pas besoin de divulguer qu'elles ont le VIH/sida, pour obtenir des accommodements, bien qu'elles puissent devoir fournir une confirmation médicale de leur situation de handicap et des limites qu'elle impose à leur capacité d'accomplir leur travail. En vertu du droit sur les droits de la personne, au Canada, les employeurs ont une obligation légale d'accommoder les besoins individuels des employés qui ont un handicap, y compris les personnes vivant avec le VIH/sida, dans les limites du raisonnable. Comme l'a résumé une commission provinciale des droits de la personne :

La Cour suprême du Canada a statué que les employeurs, syndicats et fournisseurs de services ont une responsabilité légale d'adopter des mesures raisonnables pour accommoder des besoins individuels – à moins de préjudice injustifié [pour l'employeur]. Afin de prouver qu'il y aurait pour lui un préjudice injustifié, l'employeur ou fournisseur de services doit démontrer qu'il subirait plus qu'un désagrément mineur. Dans plusieurs cas, les mesures d'accommodement sont simples, abordables, et ne posent pas de préjudice injustifié à l'employeur. ...

Un préjudice injustifié serait la création de conditions onéreuses, pour l'employeur ou fournisseur de services, comme des coûts monétaires insupportables ou un grave dérangement des affaires. [Cela n'inclurait pas, normalement,] des coûts en temps supplémentaire ou en congés de travail, que l'employeur peut tolérablement supporter. [trad.]²⁴¹

Politiques et l'éducation en milieu de travail

Les politiques et l'éducation sur le VIH/sida, en milieu de travail, ont pour but d'assurer que les droits des personnes vivant avec le VIH/sida – y compris le droit de ne pas subir de harcèlement ni de discrimination, ainsi que le droit à l'accommodement – sont protégés, respectés et réalisés. De nombreuses ressources sont disponibles aux employeurs, pour le développement de politiques et l'éducation des employés (voir l'encadré).

Dans une enquête auprès de 16 grandes sociétés, réalisée en 2000 par la Société canadienne du sida et le Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale, la plupart des répondantes ont indiqué qu'elles avaient rédigé des politiques sur les handicaps en général ou les maladies pouvant mettre la vie en jeu, mais pas de politiques particulières au VIH/sida. La plupart des politiques ont été développées entre le milieu des années 1980 et le milieu des années 1990. Et, tandis que les sociétés avaient réalisé des activités d'éducation au moment de l'introduction des politiques, la plupart n'avaient pas fait d'éducation depuis ce temps. Seulement une société avait mis à jour sa politique régulièrement, lorsqu'elle avait reçu des directives révisées par son siège social international.²⁴²

D'après les organismes de lutte contre le sida qui ont également répondu au questionnaire de l'enquête, il est important que les employeurs demeurent au fait des problèmes actuels que rencontrent les personnes vivant avec le VIH/sida en milieu de travail. Afin d'être efficaces, les activités d'éducation et de sensibilisation à propos du VIH/sida en milieu de travail doivent être soutenues.²⁴³

Le VIH en milieu de travail : Le Guide de la Société canadienne du sida pour un milieu de travail convivial pour les personnes qui vivent avec le VIH ²⁴⁴

Que devrait aborder une politique sur le VIH/sida en milieu de travail ?

- le droit de l'employé de travailler tant que sa santé le lui permet et son droit à des accommodements raisonnables dans son travail
- le droit de l'employé à la confidentialité
- l'admissibilité de l'employé aux avantages sociaux
- le renvoi aux articles de loi pertinents
- les responsabilités des cadres et des superviseurs; les responsabilités de l'employé
- les responsabilités des collègues de travail et la façon dont l'entreprise abordera les difficultés éventuelles (p. ex. le refus de travailler avec une personne qui vit avec le VIH)
- la responsabilité de l'entreprise d'informer ses employés sur le VIH et les risques de transmission
- les mesures que la compagnie entend prendre pour fournir un milieu de travail convivial pour les personnes vivant avec le VIH ou toute autre maladie chronique ou qui met la vie en jeu.

Que doivent savoir les employés?

- ce qu'est l'infection à VIH et ce qu'est le sida
- de quelle façon le VIH se transmet
- les risques concrets d'infection en milieu de travail
- de quelle façon le VIH affecte les personnes qui en sont atteintes
- les droits des personnes vivant avec le VIH
- la politique de la compagnie
- ce qu'ils peuvent faire pour aider un collègue qui vit avec le VIH (p. ex. en se montrant compréhensif et en offrant leur soutien).

Les programmes pour éduquer les travailleurs à propos du VIH/sida et pour protéger les droits des personnes vivant avec le VIH/sida ont un effet non seulement en milieu de travail, mais également dans la communauté. Ils peuvent aider à prévenir la transmission du VIH et à améliorer les soins, les traitements et le soutien, pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Partant de ce constat, l'Organisation internationale du travail (OIT) a développé un Recueil de directives pratiques sur le VIH/sida et le monde du travail (voir l'encadré). Le code a été développé et endossé par des gouvernements, employeurs et travailleurs (la « structure tripartite » de l'OIT.) ²⁴⁵ Il inclut des chapitres sur : ²⁴⁶

- les principaux principes;
- les responsabilités et droits généraux;
- la prévention par l'information et l'éducation;
- la formation;
- les tests; et
- les soins et le soutien.

Les syndicats de travailleurs pourraient contribuer de manière importante à la mise en œuvre du code, dans les milieux de travail au Canada. Des syndicats ont déployé des initiatives particulières, relativement aux femmes, aux gais, lesbiennes, bisexuel-les et personnes trans, aux minorités visibles, ainsi qu'aux personnes handicapées. ²⁴⁷ Ces domaines des politiques, du plaidoyer, de l'éducation et de la négociation sont pertinents aux personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH. Des données montrent qu'il devrait y avoir une meilleure sensibilisation aux droits des personnes vivant avec le VIH/sida, chez les syndicats. Les personnes séropositives qui ont perdu leur emploi ou vécu de la discrimination au travail n'ont pas toujours trouvé que leur syndicat les appuyait, ou avait été efficace dans la réponse à leurs plaintes. ²⁴⁸

Certains syndicats sont en faveur du test obligatoire du VIH pour les personnes qui ont pu être la source d'une exposition professionnelle à des liquides corporels. Or le test obligatoire, dans ce contexte, porte atteinte aux droits des personnes vivant avec le VIH/sida sans pourtant satisfaire le test juridique nécessaire à justifier une telle violation. ²⁴⁹

Lectures complémentaires

Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail de l'Organisation internationale du travail : www.ilo.org/public/english/protection/trav/aid/code/languages/hiva4f.pdf

Le Guide de la Société canadienne du sida pour un milieu de travail convivial pour les personnes qui vivent avec le VIH : [www.cdnaids.ca/web/repguide.nsf/ca86b92191d43f2785256bd80075f1f2/ec6570f4c3ed29f385256dd50067a147/\\$FILE/HIV%20workplace%20brochure_fr.pdf](http://www.cdnaids.ca/web/repguide.nsf/ca86b92191d43f2785256bd80075f1f2/ec6570f4c3ed29f385256dd50067a147/$FILE/HIV%20workplace%20brochure_fr.pdf)

» Les jeunes et l'éducation

BUT n° 13

Une éducation et du soutien appropriés et sensibles à la culture et à l'âge, et sans préjugés, à l'intention des enfants et des jeunes, à propos de :

- leur sexualité et celle d'autres personnes
- l'activité sexuelle et les habiletés en matière de sécurisexe
- le VIH/sida et les infections transmissibles sexuellement
- l'alcool et les autres drogues, et les moyens de réduire leurs méfaits potentiels
- les droits humains dans l'épidémie du VIH/sida (p. ex. les droits des personnes vivant avec le VIH/sida, des gais, lesbiennes, personnes bisexuelles et transgenre, et des personnes qui consomment des drogues).

Action 13.1

Les ministères provinciaux/territoriaux de l'Éducation veillent à ce que les écoles fournissent une formation sur la santé sexuelle, l'alcool et les autres drogues, et les droits de la personne.

Action 13.2

Les ministères provinciaux/territoriaux de l'Éducation veillent à ce que la formation offerte dans les écoles inclue une éducation exacte, appropriée et sensible à la culture et à l'âge, et sans préjugés, à propos de :

- la sexualité de l'individu et celle d'autres personnes
- l'activité sexuelle et les habiletés en matière de sécurisexe
- le VIH/sida et les infections transmissibles sexuellement
- l'alcool et les autres drogues, et les moyens de réduire leurs méfaits potentiels
- les droits humains dans l'épidémie du VIH/sida (p. ex. les droits des personnes vivant avec le VIH/sida, des gais, lesbiennes, personnes bisexuelles et transgenre, et des personnes qui consomment des drogues).

Action 13.3

Les ministères provinciaux/territoriaux de la Santé veillent à ce que la prévention du VIH soit intégrée aux services actuels de santé sexuelle et génésique pour jeunes (et adultes).

Action 13.4

Les ministères provinciaux/territoriaux de la Santé veillent à ce que la réduction des méfaits soit intégrée dans les services actuels d'information, d'intervention et de traitement pour les jeunes (et les adultes) qui consomment des drogues.

Les jeunes ont besoin d'information, de formation et de services appropriés, sensibles à la culture et à l'âge, et exempts de préjugés, en matière de santé sexuelle et de consommation d'alcool et d'autres drogues, dans les écoles et la communauté. Ces programmes doivent se montrer inclusifs à l'égard de diverses identités sexuelles, pour soutenir les jeunes qui explorent leur identité gaie, lesbienne, bisexuelle ou trans. Ils doivent aussi comporter des alternatives aux approches de la santé sexuelle et de la consommation d'alcool et de drogues qui sont fondées sur l'abstinence, afin de protéger la santé des jeunes qui expérimentent avec leur sexualité ou avec l'alcool ou d'autres drogues. L'échec à fournir de telles ressources aux jeunes peut constituer de la discrimination indirecte ou systémique.

La santé sexuelle

En 2002, le Conseil des ministres de l'Éducation a commandé une enquête nationale sur la santé sexuelle des jeunes de 7^e, 9^e et 11^e année, au Canada.²⁵⁰ L'étude de 2002 a mis au jour certains domaines de préoccupation (les pages correspondantes du rapport sont indiquées entre parenthèses) :

- L'étude n'a rejoint que le tiers de l'échantillon initialement visé – 11 074 élèves au lieu des 33 000 souhaités – étant donné la difficulté à obtenir le consentement des districts et autorités scolaires (p. 2, 10-11).
- L'école est la principale source d'information sur la sexualité humaine, la puberté et la contraception, pour les élèves de 9^e année, et la principale source d'information sur le VIH/sida pour ceux de 9^e et de 11^e année (p. 54-56). Les élèves de 9^e et 11^e année qui ont eu plus d'heures de cours consacrées au VIH/sida en connaissent davantage sur le sujet (p. 77). Or, 27% des élèves de 7^e année et 14% des 9^e et 11^e année ont déclaré n'avoir eu aucune heure de classe consacrée au VIH/sida, au cours des deux années précédentes; et respectivement 39%, 35% et 38% des élèves de 7^e, 9^e et 11^e année ont rapporté avoir reçu une ou deux heures d'éducation sur le sujet (p. 57). Certains jeunes – 12% des garçons et 16% des filles de 11^e année – ne savaient pas où leurs pairs se procurent probablement des condoms (p. 54).

- Les élèves interrogés en 2002 avaient des connaissances inférieures à ceux interrogés en 1989.²⁵¹ Seulement 40% des élèves de 9^e année et la moitié de ceux de 11^e année savaient que la vaseline n'est pas un bon lubrifiant à utiliser avec un condom (p. 62-63). Certains croyaient à tort que le condom protège à 100% contre le VIH/sida (p. 62-63). Près des deux tiers des jeunes de 7^e année et la moitié de ceux de 11^e année croyaient erronément qu'il existe des vaccins contre l'infection à VIH (p. 62-63); une proportion semblable ignorait qu'il n'existe pas de remède pour guérir le VIH/sida (p. 64).
- En 2002, on a observé une modeste amélioration des attitudes à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida, comparativement à 1989. Un peu moins d'élèves interrogés en 2002 ont affirmé qu'ils ne pourraient pas être amis avec une personne vivant avec le VIH/sida, que ces personnes ont ce qu'elles méritent, ou qu'elles ne devraient pas avoir le droit de servir le public. Cependant, encore environ 10% des jeunes affirment qu'ils ne pourraient pas être amis avec quelqu'un qui a le VIH/sida et que ces personnes ont ce qu'elles méritent; et près de 60% estiment que ces personnes ne devraient pas servir le public. Les garçons sont plus nombreux que les filles à entretenir ces attitudes (p. 80).
- L'étude a identifié divers facteurs associés à la prise de risques sexuels chez les jeunes. Ces facteurs incluent les faits d'avoir une incapacité (p.126-128); de vivre une mauvaise expérience scolaire (p. 128-131); d'avoir une faible estime de soi, en particulier chez les filles (p. 132-138); de consommer de l'alcool ou des drogues avant un rapport sexuel, en particulier chez les filles (p. 139); et de « courir les soirées » (p. 142). Le harcèlement est associé aux comportements sexuels risqués; et le fait d'être harcelé peut contribuer indirectement à la vulnérabilité.²⁵² Près de la moitié des garçons (43% en 7^e année, 48% en 9^e année et 48% en 11^e année) ont dit avoir harcelé d'autres élèves dans les deux mois précédents; entre le quart et le tiers des filles ont affirmé avoir fait de même (34% en 7^e année, 35% en 9^e année et 26% en 11^e année) (p. 37). Entre le quart et le tiers des élèves ont dit avoir été victimes de moqueries dans les deux mois précédents, à cause de leur apparence ou de leur façon de parler (p. 37). Une proportion semblable a signalé que des rumeurs ou des méchancetés avaient été répandues à leur sujet (p. 38). Près du quart des élèves ont affirmé avoir été victimes de blagues, de remarques ou de gestes à caractère sexuel dans les deux mois précédents (p. 38). L'incidence des blagues ou gestes à caractère sexuel croît considérablement, chez les filles, de la 7^e (20%) à la 9^e année (32%) (p. 38). L'étude ne précise pas si le harcèlement était de nature homophobe ou non. Comme on le souligne ultérieurement, il arrive souvent que les jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et trans subissent du harcèlement.

Des employés de YouthCO,²⁵³ un organisme qui fournit aux jeunes des services dirigés par les pairs, en matière de VIH/sida et de questions connexes, ont apporté un éclairage supplémentaire sur les réalités des jeunes.²⁵⁴ Ils ont souligné qu'à l'école, l'éducation sur le VIH/sida, la santé sexuelle et l'usage de drogue continue de miser sur l'abstinence (de rapports sexuels avant le mariage, et de drogues). Ils ont dit se heurter à de la résistance, en ce qui a trait

à la provision d'information sur le sécurisexe (comme l'usage du condom), au développement d'habiletés pratiques pour la négociation du sécurisexe, à la provision d'information sur les approches de réduction des méfaits de l'usage de drogue, et à la provision des mesures nécessaires à réduire les méfaits de l'usage de drogue (comme des seringues stériles), en particulier chez les jeunes de la rue.

Le VIH/sida et les droits de l'homme : les jeunes se mobilisent, UNESCO (2001)

Les jeunes ont une vulnérabilité accrue au VIH lorsque :

- l'accès à une information claire et exempte de préjugés sur les infections transmissibles sexuellement est difficile ou limité;
- les services confidentiels de test du VIH et de counselling ne sont pas disponibles ou adaptés à leurs besoins;
- ils n'ont pas le pouvoir de refuser des rapports sexuels non désirés ou non protégés, dans le mariage ou hors mariage;
- des interdits sociaux, culturels, religieux ou légaux les poussent à dissimuler leur orientation sexuelle ou leurs comportements sexuels; et
- les communautés locales rejettent les personnes vivant avec le VIH/sida – ce qui fait que le secret entourant le VIH/sida devient la norme.²⁵⁵

Les employés de YouthCO ont également constaté un manque de sensibilisation et de reconnaissance de la diversité des jeunes, parmi les éducateurs et les fournisseurs de services sociaux.²⁵⁶ Les jeunes rencontrent du stigmatisme lié non seulement à leur âge, mais aussi à leur race, genre sexuel, orientation sexuelle et classe sociale. Pour les jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et trans, les valeurs et messages hétérosexuels qui prédominent à l'école et dans la société échouent à valider et à favoriser la découverte et l'exploration ouvertes de leur identité sexuelle.²⁵⁷ Ces jeunes continuent de se heurter à des abus et à de la violence,²⁵⁸ sans recevoir une protection des autorités ni un traitement ou soutien adéquat des services sociaux ou de santé. Certains d'entre eux abandonnent l'école;²⁵⁹ ils sont alors plus susceptibles de se tourner vers la rue, le travail sexuel et l'usage de drogue. Le décrochage au secondaire, l'implication dans le travail sexuel et l'usage de drogue sont des facteurs associés à l'infection par le VIH, chez les jeunes hommes gais et bisexuels au Canada.²⁶⁰

Hostilité à l'égard des jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et trans

L'hostilité à l'égard des jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et trans, à l'école et dans la société, a été constatée par plusieurs études.²⁶¹ L'hostilité homophobe et transphobe contribue à l'homophobie intériorisée, à la honte, à une faible estime de soi, au décrochage scolaire, à la vie dans la rue et à la situation de sans-abri, ainsi qu'à des taux élevés de suicide et de tentative de suicide.

Une étude sur la santé et le bien-être des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et trans, à Ottawa, a noté que la dépression est un problème pour 62% des adolescents et 50% des jeunes de moins de 25 ans. Près de la moitié des moins de 25 ans et 55% des adolescents ont affirmé ne pas recevoir l'aide dont ils ont besoin pour ce problème. Plus du tiers des adolescents et du quart des jeunes ont eu des pensées suicidaires. Le tiers des moins de 25 ans n'ont pas un professionnel de la santé régulier. Plus de la moitié de ceux qui sont étudiants ne se sentent pas toujours en sécurité à l'école. En dépit d'améliorations dans certaines écoles (en particulier dans celles où un enseignant affirme ouvertement son homosexualité et se dit prêt à soutenir les étudiants), on observe encore parmi les enseignants et les élèves de nombreux cas de peur, souvent involontaire, à l'égard des jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et trans.²⁶²

En Colombie-Britannique, des études ont démontré que les jeunes hommes gais et bisexuels reçoivent peu d'éducation réaliste ou adéquate sur le sécurisexe, à l'école secondaire. Ils apprennent à connaître la sexualité gaie sans information adéquate sur les infections transmissibles sexuellement, les comportements à risque ou les tests médicaux disponibles.²⁶³ Les chercheurs ont également noté que les jeunes hommes gais et bisexuels de moins de 30 ans subissent plus de violence anti-gais (45%) – surtout verbale – que les hommes plus âgés (environ le tiers).²⁶⁴

Les programmes d'éducation à la santé sexuelle qui s'adressent aux jeunes, dans les écoles et la communauté, doivent fournir des alternatives aux modèles hétérosexistes fondés sur l'abstinence. Ils doivent promouvoir la sensibilisation et la compréhension à l'égard des jeunes qui explorent ou questionnent leur identité ou leur genre sexuel. Ils doivent fournir des instructions et techniques pour la pratique du sécurisexe. Ils doivent faciliter l'accès aux condoms et à d'autres moyens de prévention des infections transmissibles sexuellement, chez les jeunes qui sont sexuellement actifs. Ils devraient offrir du counselling adéquat et des références en matière de sexualité, d'orientation sexuelle ou de genre sexuel. Pour être pleinement efficaces, ces programmes doivent aussi être soutenus par la surveillance et l'application de politiques interdisant le harcèlement ainsi que l'agression verbale et physique.

Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle²⁶⁵

Les buts de l'éducation sur la santé sexuelle sont les suivants :

- aider les participants à atteindre des résultats qui sont généralement considérés comme positifs (p. ex., l'estime de soi-même, le respect de soi-même et d'autrui, une satisfaction sexuelle respectueuse de l'autre, des relations humaines épanouissantes, la joie d'une grossesse désirée); et
- éviter les résultats généralement perçus comme négatifs (p. ex., les grossesses non souhaitées, les infections transmissibles sexuellement/VIH, la coercition sexuelle, les dysfonctions sexuelles).

Une éducation efficace en matière de santé sexuelle devrait être dispensée d'une façon appropriée à l'âge et aux antécédents culturels, et respectueuse des choix individuels.

Elle doit :

- Mettre l'accent sur l'estime de soi et la dignité de la personne.
- Sensibiliser les personnes aux conséquences de leur comportement sur les autres.
- Souligner que la santé sexuelle est un processus interactif qui doit se fonder sur le respect de soi et des autres.
- Intégrer les aspects positifs d'amélioration de la vie et d'épanouissement de la sexualité humaine, tout en visant à réduire ou à prévenir les problèmes de santé sexuelle.
- Être basée sur une approche englobant le cycle de vie qui fournit de l'information, de la motivation et des occasions d'acquérir des compétences pertinentes aux besoins des individus de différents groupes d'âge et à différentes étapes de leur vie.
- Être structurée de façon à opérer chez les personnes en cause des changements d'attitudes et de comportements qui découlent de choix individuels éclairés. Ces choix ne doivent pas être imposés aux personnes par une autorité externe.
- Ne faire aucune distinction fondée sur la race, l'appartenance ethnique, le sexe, l'orientation sexuelle, la religion, un handicap en ce qui concerne l'accès aux informations pertinentes.
- Fournir de l'information précise visant à réduire la discrimination fondée sur la race, l'appartenance ethnique, le sexe, l'orientation sexuelle, la religion et un handicap.

- Favoriser une réflexion critique sur les stéréotypes des rôles masculins et féminins. Elle doit reconnaître l'importance des questions liées aux rôles des sexes dans la société, la gamme de plus en plus vaste des choix qui s'offrent aux individus de même que la nécessité d'améliorer la compréhension et la communication visant des changements sociaux positifs.

L'éducation en matière de santé sexuelle fait appel à une combinaison d'expériences d'apprentissage qui permettront aux intéressés de :

- acquérir des connaissances au sujet de questions précises concernant leur santé sexuelle;
- acquérir la motivation et le discernement personnel dont ils auront besoin pour appliquer ces connaissances;
- acquérir les aptitudes nécessaires pour rehausser leur santé sexuelle et éviter les problèmes de santé sexuelle; et
- participer à la création d'un milieu favorable à la santé sexuelle.

La consommation d'alcool et d'autres drogues

La consommation d'alcool et d'autres drogues peut contribuer à des activités sexuelles non planifiées et non protégées²⁶⁶ ainsi qu'à d'autres risques et problèmes de santé, chez les jeunes. Quelques provinces et territoires canadiens ont récemment réalisé des études sur l'usage d'alcool et d'autres drogues parmi leurs élèves.²⁶⁷ Entre autres, deux provinces maritimes ont interrogé des élèves quant à l'éducation qu'ils reçoivent à l'école, à propos de la consommation d'alcool et d'autres drogues. En Nouvelle-Écosse, la proportion d'élèves du premier cycle du secondaire se rappelant avoir eu des cours sur l'usage d'alcool, de tabac et d'autres drogues et sur la prise de décisions variait de 73 à 84%. La proportion d'élèves du deuxième cycle se rappelant de tels cours variait de 48 à 60%.²⁶⁸ L'étude menée au Nouveau-Brunswick a également montré que « plus d'élèves du premier cycle que du deuxième cycle se rappelaient avoir eu des cours de sensibilisation aux dangers de l'alcool, du tabac et des autres drogues. Certains élèves ont indiqué qu'ils avaient besoin de plus de cours d'éducation sexuelle et antidrogue ainsi que d'une approche différente en matière de sensibilisation aux dangers de la drogue ».²⁶⁹

Ce qu'en disent des élèves :

« Notre formation personnelle et sociale de 9^e année ne nous a pas appris grand-chose. Nous avons eu quelques cours qui parlaient seulement des jeux de hasard. Une autre fois, un policier est venu nous parler des drogues. C'est tout. Le professeur ne semble pas comprendre comment ça se passe, à l'adolescence, avec la drogue et l'alcool. C'est difficile de dire non. » [trad.]

– fille, 9^e année ²⁷⁰

« Je crois que nous devrions avoir plus de cours sur la prise de décisions, la pression des pairs, l'affirmation de soi et la capacité de dire non. Si les professeurs enseignaient à leurs élèves des techniques du genre, peut-être que nous pourrions prévenir certains des problèmes qui sévissent. »

– fille, 10^e année ²⁷¹

« Je crois que ce serait bien que quelqu'un vienne nous parler des drogues et apporte même des échantillons des différents types de drogues. Ainsi, ceux qui ne connaissent rien des drogues pourraient voir de quoi elles ont l'air et s'informer. De plus, je pense qu'on devrait nous enseigner comment mettre un condom. »

– fille, 10^e année ²⁷²

« Si les jeunes étaient plus sensibilisés aux MTS, ils prendraient probablement le temps de réfléchir avant d'avoir des relations sexuelles à risque. Peut-être même avant toute relation sexuelle. Je crois que les gouvernements doivent s'assurer que nous sommes bien informés au sujet du sexe sûr, car nous avons le droit de savoir et d'être protégés. »

– fille, 9^e année ²⁷³

« La consommation d'alcool et de drogue est trop courante. C'est inquiétant et décourageant. L'école ne nous aide pas, même si on y passe le plus clair de notre temps. Nous avons besoin d'aide, pas de sermons. Il y a trop de jeunes qui ont des problèmes [de toxicomanie]. Plusieurs études ont donné des résultats désastreux, mais on continue de les ignorer. » [trad.]

– garçon, 10^e année ²⁷⁴

Lectures complémentaires

Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada :
www.cmec.ca/publications/aids/indexf.html

Trousse de l'UNESCO sur le VIH/sida et les droits de la personne pour les jeunes :
<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001264/126403f.pdf>

Des études sur l'éducation scolaire en matière de drogues ont révélé que les approches qui misent sur la provision d'information et la promotion de l'abstinence, comme le programme DARE (Drug Abuse Resistance Education), ne modifient pas les comportements.²⁷⁵ Les chercheurs suggèrent qu'il serait plus efficace de reconnaître que les jeunes expérimentent avec l'alcool et d'autres drogues, et d'amorcer avec eux un dialogue ouvert et honnête sur les façons de réduire les méfaits qui y sont liés.²⁷⁶ Cela inclut la provision d'information sur les substances et leurs effets, une discussion exempte de préjugés sur les substances consommées par les jeunes, et l'accroissement de leur capacité à éviter la consommation d'alcool et de drogues ou à en réduire les méfaits.²⁷⁷ Cette approche doit aussi aider les jeunes à composer avec la pression des pairs, de la famille et de la communauté, puisque ces facteurs accroissent le risque de consommation d'alcool et de drogues. Les facteurs qui contribuent à réduire ce risque sont notamment les antécédents individuels, la vie familiale, l'influence des pairs, le degré d'implication à l'école et la situation des communautés et quartiers locaux.²⁷⁸

» Les immigrants et les réfugiés

BUT n° 14

Les politiques et procédures utilisées pour juger les demandes d'immigration au Canada n'excluent pas arbitrairement et irrationnellement les demandeurs qui vivent avec le VIH.

Action 14.1

Le ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration est à l'avant-plan de la décision du Cabinet d'amender la définition de « fardeau excessif » de manière à ce que le concept prenne aussi en considération le potentiel de contribution d'un immigrant au Canada, dans la tâche de déterminer si un requérant au statut d'immigrant sera déclaré inadmissible pour des raisons médicales et verra sa demande rejetée.

BUT n° 15

Le test du VIH, les examens cliniques et le suivi aux sérodiagnostics positifs, pour les requérants à l'immigration et au statut de réfugié, sont conformes aux normes et directives médicales canadiennes.

Action 15.1

Citoyenneté et Immigration Canada voit à former, rémunérer et surveiller les médecins qui, au Canada et ailleurs, administrent des tests du VIH à des demandeurs d'immigration au Canada; le ministère veille ainsi à ce que ces médecins fournissent un counselling avant et après le test, conformément aux normes et directives médicales canadiennes.

Action 15.2

Citoyenneté et Immigration Canada fournit de l'information et de l'aide aux immigrants et réfugiés, pour l'accès à des services sociaux et de santé liés au VIH/sida et aux questions connexes de santé, par le biais des programmes gouvernementaux et communautaires de soutien aux nouveaux arrivants. L'information devrait être appropriée, sur les plans culturel et linguistique, et développée en collaboration avec des organismes impliqués auprès des immigrants et réfugiés.

La Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés

La Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés ainsi que les règlements qui s'y rattachent sont entrés en vigueur le 28 juin 2003.²⁷⁹ En vertu de l'alinéa 38(1) de la Loi, les personnes qui ne sont pas des citoyens canadiens ou des résidents permanents (i.e. les « étrangers », aux termes de la Loi) peuvent se voir refuser l'entrée au Canada en raison de leur état médical. En vertu de la loi, les étrangers peuvent se voir refuser l'entrée au Canada si, en raison de leur état de santé, ils sont susceptibles de constituer une menace à la santé publique ou à la sécurité, ou encore d'imposer un fardeau excessif sur les services sociaux et de santé. Tous les étrangers qui demandent la résidence permanente au Canada, de même que certains requérants à la résidence temporaire, sont tenus de passer un examen médical pour l'immigration qui inclut, pour toute personne de 15 ans et plus, un test de détection des anticorps au VIH.²⁸⁰

Puisque les personnes vivant avec le VIH/sida ne constituent pas une menace à la santé publique, ni à la sécurité, il serait discriminatoire de leur refuser pour ce motif la permission d'entrer ou de demeurer au Canada. Dans la révision de la loi, c'était toutefois la position qu'entendait adopter le gouvernement. Mais devant les vives critiques que cela a soulevé, le gouvernement a retiré cette proposition et a maintenu sa politique de longue date de ne pas considérer ces personnes comme des menaces à la santé publique et à la sécurité.²⁸¹

Le Canada exclut toutefois des personnes vivant avec le VIH/sida en invoquant le motif qu'elles pourraient placer un fardeau excessif sur les services sociaux et de santé. L'alinéa 1(1) du Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés définit le « fardeau excessif » comme :

(a) toute charge pour les services sociaux ou les services de santé dont le coût prévisible dépasse la moyenne, par habitant au Canada, des dépenses pour les services de santé et pour les services sociaux sur une période de cinq années consécutives suivant la plus récente visite médicale exigée par le présent règlement ou, s'il y a lieu de croire que des dépenses importantes devront probablement être faites après cette période, sur une période d'au plus dix années consécutives.²⁸²

Certaines catégories de personnes sont exemptées des dispositions sur le fardeau excessif; il s'agit notamment des réfugiés (qui font leur demande de l'extérieur du Canada ou en étant déjà au pays) et de certains requérants à la résidence permanente qui sont parrainés dans la catégorie de la famille (conjoints, conjoints de fait et enfants à charge).

En 2002, le Canada a refusé l'immigration ou l'asile à 75 personnes séropositives au VIH pour des raisons de fardeau excessif; en revanche, 207 requérants vivant avec le VIH ont été admis.²⁸³ En 2003, le Canada a accepté les demandes de 677 immigrants et réfugiés vivant avec le VIH, ce qui constitue un taux d'acceptation de 87%.²⁸⁴ La plupart des requérants dont la demande a été acceptée étaient exemptés des dispositions sur le fardeau excessif.

Inquiétudes liées à la Loi et au Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés

Lors de la préparation de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, le Réseau juridique canadien VIH/sida a soulevé un certain nombre de préoccupations à l'égard des dispositions envisagées.²⁸⁵ Certaines ont été solutionnées. Mais d'autres dispositions n'ont pas été rectifiées et sont potentiellement ou effectivement discriminatoires.

Premièrement, comme l'a signalé le Réseau juridique dans un mémoire, la période de projection de 10 ans pour l'évaluation du potentiel de demande en services sociaux et de santé est indûment longue :

Les coûts du traitement varient avec le temps, pas seulement ceux du traitement du VIH/sida mais aussi d'autres maladies. Cela est dû non seulement aux progrès de la médecine, mais également aux considérations commerciales qui influent sur les diverses composantes du coût du traitement (p. ex., le prix des médicaments). Toute projection de coûts au-delà d'une période de cinq ans serait probablement inexacte, notamment en ce qui concerne le VIH/sida pour lequel de nouvelles thérapies sont régulièrement développées.

De plus, imposer une période de projection de 10 ans pour certaines maladies et une période de projection plus courte pour d'autres soulève des questions constitutionnelles sur la discrimination fondée sur le handicap. Cela imposerait en vertu de la loi un fardeau plus lourd à certaines personnes qu'à d'autres, en fonction du handicap.²⁸⁶

Deuxièmement, les contributions potentielles des requérants, en termes économiques et non économiques, ne sont pas prises en considération dans la détermination du caractère « excessif » de leur potentiel de demande :

La définition de « fardeau excessif » proposée dans le *Règlement* diffère des définitions de « fardeau excessif » proposées par des organisations internationales comme les Nations Unies et l'Organisation mondiale de la santé. L'Organisation mondiale de la santé, par exemple, a indiqué que lorsqu'un État envisage d'exclure une personne pour des motifs de « coût excessif », il ne devrait le faire que si « le coût de l'aide financière dépasse les avantages attendus du voyageur ». Si le but de toute exclusion pour des motifs de « fardeau excessif » est vraiment de protéger les fonds publics en général et le système de santé en particulier, il faut alors également prendre en compte les contributions de chaque immigrant à l'économie nationale et donc au système de santé. La politique proposée ne prend en compte que le « fardeau » qu'un immigrant éventuel pourrait imposer aux systèmes de santé ou de services sociaux, et ignore leurs probables contributions financières et autres au Canada.²⁸⁷

Troisièmement, le processus d'administration du test du VIH peut entraîner des préjudices physiques et psychologiques. Le test du VIH doit être précédé et suivi d'un counselling approprié, qui devrait aborder les implications d'un résultat positif pour le requérant, en raison du stigmatisme et de la discrimination associés au VIH/sida, de l'absence potentielle de protection juridique dans le pays d'origine du requérant, ainsi que du manque d'accès aux traitements, soins et soutien pour le VIH/sida dans plusieurs pays.²⁸⁸ Le Réseau juridique s'était opposé à l'introduction du test obligatoire du VIH pour les requérants. Après que l'on eût tout de même choisi d'imposer ce test, le Réseau juridique a soutenu que :

Citoyenneté et Immigration Canada doit s'assurer que les médecins examinateurs au Canada et à l'extérieur du Canada observent des normes appropriées pour le test de détection des anticorps anti-VIH en

ce qui concerne un consentement éclairé particulier, et le counselling avant et après le test, tel qu'indiqué dans le document *Sérodiagnostic du VIH - Lignes directrices aux consultants* préparé sous les auspices de l'Association médicale du Canada. Le Canada a au moins une responsabilité morale de s'assurer que les médecins examinateurs nommés par le Canada ne procèdent au test de détection des anticorps anti-VIH qu'avec le consentement éclairé, et avec un counselling adéquat avant et après le test. S'il ne l'assume pas, il pourrait s'ensuivre un traitement cruel, inhumain ou dégradant.²⁸⁹

En outre, le test du VIH pour les candidats à l'immigration et au statut de réfugié a des implications en termes de soins et services à fournir à ceux qui sont éventuellement admis au Canada. D'après un organisme qui œuvre auprès d'immigrants et réfugiés d'origine africaine ou caraïbe :

Ceux qui ont un résultat positif au test, principalement d'ascendance africaine ou caraïbe, ne sont pas adéquatement préparés à affronter la réalité de vivre avec le VIH, ou ont peu ou pas de connaissance des services disponibles pour les soutenir. Ce type de situation alimente le stigmatisme et la discrimination.²⁹⁰

Une option pour la fourniture de soutien réside dans les programmes de formation et d'aide à l'établissement pour les nouveaux arrivants au Canada :

Il faut étendre l'éducation [sur le VIH/sida] au delà du système scolaire, pour l'inclure dans des programmes d'éducation aux adultes, comme les cours de langue aux nouveaux Canadiens et les cours de langue seconde, les programmes de compétences pour nouveaux arrivants, les programmes d'établissement et les abris pour immigrants et réfugiés. Ce sont là les points d'accès aux services pour plusieurs nouveaux arrivants d'Afrique et de la Caraïbe.²⁹¹

« Les fournisseurs de services sont en train d'être surchargés de cas liés à l'immigration, et ils doivent souvent se concentrer sur des problèmes médicaux. On observe un important besoin d'individus spécialisés dans l'information touchant le VIH sur le plan du droit. Ces experts devraient être reliés aux centres de santé et [organismes de lutte contre le sida]. Il est aussi essentiel que des intervenants fassent valoir la nécessité de changements au processus de l'immigration, afin d'alléger certaines des difficultés qu'y rencontrent des personnes vivant avec le VIH/sida. »²⁹²

Rapport du UK All-Party Parliamentary Group on AIDS sur les migrants et le VIH/sida²⁹³

Le UK All-Party Parliamentary Group on AIDS (APPGA) était préoccupé par le stigmatisme croissant à l'endroit des personnes vivant avec le VIH – en particulier les migrants et les requérants au statut de réfugié – au Royaume-Uni. Reconnaissant l'ampleur grandissante du débat, il a décidé, avec l'appui de l'All-Party Parliamentary Group on Refugees, d'enquêter sur la réalité derrière les manchettes. Dans quelle mesure les migrants séropositifs au VIH exercent-ils une pression sur les services sociaux et de santé du R.-U.; quel accueil et traitement reçoivent-ils après leur entrée au pays; comment les politiques gouvernementales ont-elles jusqu'ici réagi aux défis; et surtout, que peut-on faire pour améliorer la situation des personnes vivant avec le VIH/sida et autrement affectées, au Royaume-Uni? Lors d'une série de quatre audiences, l'APPGA a recueilli des commentaires d'individus des quatre coins du pays, notamment de cliniciens spécialistes du VIH, de médecins, d'avocats, de représentants d'organismes de lutte contre le VIH/sida et d'organismes communautaires, et de migrants séropositifs.

Les Membres ont adressé les recommandations suivantes au gouvernement du R.-U. :

- Ne pas adopter de politique de test obligatoire du VIH pour l'entrée au pays.
- Appuyer des politiques qui encouragent le test du VIH dans le but de favoriser un accès plus efficace aux traitements et aux soins.
- Ne pas détenir, pour des motifs d'immigration seulement, des individus qui ont de graves maladies transmissibles si l'on ne peut assurer leurs soins dans les centres d'émigration.
- Élaborer et mettre en œuvre à l'échelle nationale un ensemble de pratiques exemplaires sur les demandeurs d'asile, qui impliquera à la fois le [Service national de soutien à l'asile] et les Services sociaux, et qui comprendra une formation à l'intention des employés cadres des deux agences, sur la surveillance et le maintien des pratiques exemplaires – y compris une révision du système de dispersion et de prestations.
- Voir à la conclusion des négociations de Doha sur le commerce, en ce qui concerne l'accès mondial aux traitements, pour injecter des ressources supplémentaires dans les systèmes de santé des pays en développement et accroître l'appui financier à long terme à des initiatives comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. [trad.]

Lectures complémentaires

Questions et réponses :
Les politiques canadiennes sur l'immigration et leur impact sur les personnes vivant avec le VIH/sida :
www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/ImmigrationF/ImmigrationQ&A2003-f.pdf

Immigration et VIH/sida :
rapport final :
www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/ImmigrationF/rapportfinal/Immigration2001F.pdf

Migration and HIV:
Improving Lives in Britain :
www.appg-aids.org.uk/publications.htm

» La coopération internationale

BUT n° 16

L'accès aux moyens de prévention (y compris les éventuels vaccins et microbicides), aux soins de santé (y compris le traitement antirétroviral du VIH et le traitement de la toxicomanie) et aux protections juridiques. L'accès est basé sur les droits garantis en droit international des droits de la personne.

Action 16.1

Le gouvernement fédéral augmente sa contribution financière au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ainsi que ses contributions à d'autres initiatives conçues pour améliorer l'accès aux médicaments anti-VIH/sida et aux soins de santé dans les pays en développement.

Action 16.2

Le gouvernement fédéral travaille à améliorer l'accès aux médicaments anti-VIH/sida ainsi qu'aux instruments de diagnostic dans les pays en développement, notamment par le recours à des licences obligatoires lorsque nécessaire, conformément à la Déclaration de Doha sur les ADPIC et la santé publique.

Action 16.3

L'Agence canadienne de développement international finance des partenariats entre organismes canadiens et d'autres pays, afin de :

- promouvoir les droits des personnes vivant avec le VIH/sida et vulnérables au VIH;
 - faire valoir la nécessité de changements aux politiques nationales et internationales, en fonction d'une approche fondée sur les droits;
 - partager des pratiques exemplaires en matière de lutte contre le stigmatisme et la discrimination.
-

L'effort du Canada pour réduire le stigmatisme et la discrimination liés au VIH/sida ne peut se limiter à l'intérieur de ses frontières. Le Canada peut utiliser l'engagement et la coopération internationale pour aider d'autres pays à lutter contre le stigmatisme et la discrimination. Les personnes d'autres régions du monde qui arrivent au Canada témoignent de l'impact qu'ont le stigmatisme et la discrimination, dans leur pays d'origine, sur leur vie à la fois au Canada et dans leur pays.²⁹⁴ Par exemple, une femme d'origine caraïbe qui a appris sa séropositivité lors d'un séjour au Canada raconte :

Je ne veux pas retourner chez moi – tout le monde me connaît, ainsi que mon mari. Il partait souvent de la maison. Quand il est devenu séropositif, ils ont appelé à la maison. Maintenant, tout le monde est au courant. C'est comme une grande manchette dans mon pays. Personne ne me tuerait si je retournais chez moi, mais les gens ne sont pas éduqués à propos du VIH et ils craignent les contacts avec les personnes séropositives. Si tu travailles et que ton employeur sait que tu as le VIH, il peut te congédier. Le gouvernement ne peut pas te protéger, car il n'existe pas de lois... J'ai six enfants, dont quatre dépendent de moi. Je n'ai pas pu aller aux funérailles pour des raisons d'immigration... J'ai demandé le statut de réfugiée, mais mon audience est prévue pour l'année prochaine seulement. Je ne peux pas travailler, je ne peux pas retourner dans mon pays, je suis séparée de mes enfants et j'ai le VIH.²⁹⁵

La Campagne mondiale contre le stigmatisme et la discrimination a souligné que le manque d'accès aux antirétroviraux accroît ou fait progresser le stigmatisme et la discrimination liés au VIH/sida dans plusieurs pays :

Le fait que l'on considère le sida comme une maladie qui ne peut être traitée est un important facteur qui contribue à la stigmatisation d'un grand nombre des personnes affectées. Aussi longtemps que le VIH/sida continuera d'être assimilé à une maladie aux graves conséquences et à la mort, les attitudes de la population à l'égard de l'épidémie pourraient être lentes à se modifier. Pour cette raison, et pour des raisons d'équité et de justice, des efforts sont déployés pour élargir l'accès aux médicaments antirétroviraux.²⁹⁶

Lorsque des traitements et des soins sont disponibles, le stigmatisme lié au VIH/sida peut être réduit – ce qui signifie que les gens sont plus susceptibles de recourir à des services de test, de counselling et de prévention. Des projets pilotes de provision d'antirétroviraux en Afrique du Sud ont montré que la réduction du stigmatisme est associée à l'accès élargi aux traitements. La réduction du stigmatisme entraîne un climat plus propice au travail de prévention en général, et à l'implication des personnes séropositives dans les stratégies de prévention, en particulier. [trad.]²⁹⁷

Le Canada a déclaré son engagement à soutenir la coopération internationale, à favoriser les partenariats internationaux et à appuyer des initiatives comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.²⁹⁸ Paul Martin, premier ministre du Canada, a affirmé que

Nous sommes... le premier pays à annoncer qu'il enverra des médicaments abordables en Afrique, en réponse au VIH/sida. Certains pays doivent faire les premiers pas et reconnaître qu'un leadership est requis – et qu'ils ont des valeurs que le reste du monde gagnerait à connaître. [trad.]²⁹⁹

Le Canada peut contribuer à réduire le stigmatisme et la discrimination liés au VIH/sida dans le monde :

- en défendant énergiquement les droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida et vulnérables au VIH, dans les relations et tribunes bilatérales, multilatérales et internationales;
- en respectant les engagements énoncés dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida;
- en contribuant généreusement aux initiatives internationales pour accroître l'accès à d'éventuels vaccins et microbicides anti-VIH/sida, aux médicaments et aux services dans les pays en développement; et
- en finançant des partenariats entre organismes canadiens, de pays en développement et internationaux qui visent à promouvoir et à protéger les droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida et vulnérables au VIH.

Lectures complémentaires

Action mondiale pour les traitements, vaccins et microbicides anti-VIH :
www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/vaccins.htm

Accès mondial aux traitements anti-VIH :
www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/soins-traitements.htm#B2

Deux ans après la Déclaration d'engagement : il reste beaucoup à faire pour protéger les droits humains

En 2003, l'ONUSIDA a publié un rapport fondé sur les réponses qu'il a reçues de 100 pays, relativement à leurs progrès dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Trente-huit p. cent des pays, y compris près de la moitié de ceux de l'Afrique subsaharienne, n'ont pas encore de lois pour prévenir la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/sida. Seulement 36% des pays disposent de mesures légales pour interdire la discrimination à l'endroit des populations vulnérables au VIH. Et même si plusieurs inégalités documentées contribuent à la vulnérabilité des femmes et des filles, près du tiers des pays n'ont pas de politiques pour assurer leur accès égal à des services cruciaux de prévention et de soins.³⁰⁰

RENFORCER LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION

» Des recherches participatives et inclusives

BUT n° 17

Une capacité accrue, en matière de recherche communautaire, et une plus grande inclusion des populations désavantagées, dans la recherche sur le VIH/sida au Canada.

Action 17.1

Les Instituts de recherche en santé du Canada négocient un protocole d'entente avec des organismes communautaires et des chercheurs communautaires, à propos des principes, mécanismes, orientations et fonds consacrés au programme de recherche communautaire sur le VIH/sida.

Action 17.2

Les Instituts de recherche en santé du Canada prennent les mesures nécessaires afin que les populations désavantagées soient incluses dans la recherche clinique, épidémiologique et des sciences sociales sur le VIH/sida, conformément aux principes de non-discrimination, et qu'elles reçoivent leur juste part des bénéfices de cette recherche.

Action 17.3

L'Agence canadienne de développement international finance des partenariats entre organismes canadiens et d'autres pays, afin de :

- promouvoir les droits des personnes vivant avec le VIH/sida et vulnérables au VIH;
- faire valoir la nécessité de changements aux politiques nationales et internationales, en fonction d'une approche fondée sur les droits;
- partager des pratiques exemplaires en matière de lutte contre le stigmatisme et la discrimination.

Entre autres droits humains, les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH ont le droit de profiter des bienfaits du progrès scientifique et de ses applications, ainsi que le droit à une participation active, libre et significative à la société.³⁰¹ La recherche participative vise à assurer que les personnes sur lesquelles porte une recherche soient impliquées dans la conception et la réalisation de la recherche ainsi que dans la déclaration et l'utilisation de ses conclusions. Ce type de recherche est nécessaire, en particulier, lorsque les personnes à l'étude sont marginalisées dans la société. Elle vise à faire en sorte que les besoins des personnes à l'étude soient satisfaits par la recherche, que leurs connaissances y soient intégrées, que leurs droits soient respectés dans le cadre de la recherche, et qu'elles bénéficient des résultats de la recherche.

La recherche participative en matière de VIH/sida peut être favorisée et avancée par les chercheurs universitaires, autant que communautaires. Cependant, certains organismes communautaires constatent que leurs besoins au chapitre de la recherche ne sont pas facilement abordés et satisfaits par les chercheurs du milieu universitaire. En partie, cela peut être dû aux attentes et aux structures

d'incitation des universités, à l'endroit de leurs facultés et départements.³⁰² Les organismes autochtones, en particulier, ont articulé le droit à l'autodétermination dans la recherche. Ils ont érigé les principes de l'appartenance, du contrôle, de l'accès et de la propriété, comme des principes de la participation active à la recherche (voir l'encadré).

Prise en charge, contrôle, accès et possession³⁰³

« PCAP » est le sigle d'un terme important, dans le domaine de la recherche sur le VIH/sida dans les communautés autochtones. Il signale que les Autochtones ont abandonné la notion de « faire l'objet de la recherche » et ont répondu à l'appel afin de devenir des participants actifs au processus de recherche.

Qu'entendons-nous par prise en charge?

Par « prise en charge », nous entendons que la responsabilité du processus de recherche ainsi que des produits de la recherche incombera aux Autochtones. La prise en charge englobe les programmes, les résultats des programmes et la propriété intellectuelle qui sont non seulement particuliers à la collectivité autochtone du VIH/sida, mais qui lui appartiennent exclusivement.

Qu'entendons-nous par contrôle?

Par « contrôle », nous entendons que les Autochtones assument la responsabilité du processus. ... Cela comprend la prise de décisions concernant la définition des objectifs de recherche, la détermination des questions de recherche, la façon dont les données devraient être recueillies et analysées ainsi que la déclaration des résultats.

Qu'entendons-nous par accès?

Par « accès » nous entendons que non seulement nous, à titre d'Autochtones, connaissons le mieux notre public, mais que nous avons le DROIT d'avoir accès à l'information et de l'utiliser. L'accès signifie que les résultats de recherche seront partagés et utilisés par la collectivité lorsque la recherche est terminée, afin d'aider à améliorer les programmes et les politiques dans le domaine de la recherche.

Qu'entendons-nous par possession?

La possession est l'activité qui concerne la gestion de quelque chose ou l'exercice d'un contrôle par rapport à cet élément. ... Les Autochtones ont le droit à l'autodétermination et cela comprend le droit de posséder les résultats de la recherche.

Depuis quelques années, par le biais du Programme de recherche communautaire de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, on tente d'accroître la capacité de recherche des organismes communautaires.³⁰⁴ Par ce programme et d'autres initiatives, la capacité de recherche communautaire a fait d'importants progrès, et le nombre de recherches communautaires effectuées au Canada a augmenté. Les progrès incluent :

- le développement du Réseau de la recherche communautaire sur le VIH, un réseau virtuel de chercheurs de la communauté, à www.hiv-cbr.net;
- l'accroissement de la capacité des communautés autochtones en matière de recherche communautaire;
- des études documentant les réalités de diverses populations affectées par le VIH/sida, y compris les réalités de la discrimination (voir l'encadré).

La recherche communautaire au Canada : documenter les réalités du VIH/sida

- » *Learning About HIV/AIDS in the Meshwork :
The Nature and Value of Indigenous Learning
Processes in Community-based HIV/AIDS Organizations* ³⁰⁵
- » *The Silent Voices of the HIV/AIDS Epidemic :
African and Caribbean Women* ³⁰⁶
- » *Ouvrir notre avenir : Une étude nationale
sur les détenues, le VIH et l'hépatite C* ³⁰⁷
- » *Voices for Dignity : A Call to End the Harms
Caused by Canada's Sex Trade Law* ³⁰⁸
- » *Sex Now by the Numbers : A Statistical Guide
to Health Planning for Gay Men* ³⁰⁹

La recherche participative demeurera cruciale pour assurer que les réalités des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, y compris les réalités du stigmatisme et de la discrimination, soient documentées. Une telle démarche de documentation, à terme, permet aux intervenants et partenaires d'identifier les problématiques et de fournir des données afin de stimuler des changements.

En parallèle, les personnes et professions qui ont habituellement effectué des recherches sans une orientation communautaire ont une obligation de répondre aux besoins et priorités des populations du Canada qui sont affectées par l'épidémie du VIH/sida. Comme on l'affirme dans l'Énoncé des trois Conseils, les chercheurs, les établissements de recherche et les comités d'examen éthique ont une obligation de s'assurer que les individus et groupes désavantagés reçoivent leur juste part des bénéfices de la recherche. Cela signifie que chercheurs et comités d'examen éthique ne peuvent pas exercer de discrimination à l'encontre de groupes désavantagés, ni les exclure, et qu'il peut leur incomber une responsabilité d'inclure les groupes désavantagés.³¹⁰

» L'évaluation des interventions

BUT n° 18

Des données à propos de l'efficacité d'interventions conçues pour réduire le stigmatisme et la discrimination liés au VIH/sida, ainsi que des interventions visant à vaincre les obstacles dans les programmes, les services, l'accommodement et l'emploi.

Action 18.1

Les gouvernements devraient financer une évaluation rigoureuse et à long terme de certaines des principales interventions visant à réduire le stigmatisme et la discrimination liés au VIH/sida, et à vaincre les obstacles dans les programmes, les services, l'accommodement et l'emploi.

L'évaluation est une composante indispensable à toute intervention. Elle revêt une importance particulière lorsque l'intervention vise à satisfaire un besoin négligé, ou lorsqu'elle est controversée ou complexe.

Un examen international des interventions axées sur la réduction du stigmatisme lié au VIH/sida n'a permis de repérer qu'un petit nombre d'évaluations publiées. Plusieurs d'entre elles n'étaient pas suffisamment rigoureuses et ne mesuraient pas l'évolution des attitudes au fil du temps. Les auteurs de l'examen en question ont fait le commentaire suivant :

Cet examen nous indique que presque tout semble fonctionner, du moins à court terme et à petite échelle. Mais nous avons besoin d'expériences et de programmes qui élargissent les efforts de lutte contre le stigmatisme. Nous avons besoin de données de programmes complets et à canaux multiples, qui ciblent des communautés entières, et non seulement les travailleurs de la santé ou les [personnes vivant avec le VIH/sida], dont les vies sont centrées au sein des mondes complexes de leurs communautés, et dont les réactions au stigmatisme du sida seront influencées par les normes de la communauté. Dans des programmes communautaires, une fois le stigmatisme réduit, demeure-t-il faible. De fait, « ce qui cause le stigmatisme » est une question particulièrement importante et complexe, compte tenu de la situation changeante et dynamique de l'épidémie. [trad.] ³¹¹

Il est essentiel que les actions proposées dans le présent plan d'action soient évaluées, afin d'en déterminer l'efficacité à :

- modifier les attitudes et comportements, dans les communautés locales, par une combinaison de campagnes publiques, de travail auprès des médias ainsi que de contact individuel;
- contribuer à la mise en œuvre de services actuellement refusés à certaines personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH; ou
- faire valoir les droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH.



SOMMAIRE DES BUTS ET ACTIONS

PARTICIPATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA OU VULNÉRABLES AU VIH

BUT n° 1

La participation de personnes qui vivent avec le VIH/sida et de personnes qui sont vulnérables au VIH, à toutes les facettes du plan d'action.

Action 1.1

Les gouvernements et autres organisations qui mettent en œuvre le plan d'action adoptent toutes les mesures nécessaires pour que des personnes qui vivent avec le VIH/sida et des personnes vulnérables à contracter le VIH soient impliquées dans la conception, la planification, la réalisation et l'évaluation de leurs actions.

Action 1.2

Les gouvernements fournissent un financement suffisant et stable pour que des programmes communautaires à long terme s'occupent de réaliser des actions. Cela devrait inclure des fonds pour du travail de défense et de promotion des droits, par et pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont vulnérables au VIH.

S'ATTAQUER AUX ATTITUDES STIGMATISANTES

» Modifier les attitudes publiques

BUT n° 2

Un plus grand soutien du public à l'égard des personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont vulnérables au VIH.

Action 2.1

Des leaders politiques et communautaires font des déclarations en public à l'appui des personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont vulnérables au VIH, notamment :

- le premier ministre et des ministres fédéraux
- des premiers ministres et ministres de provinces/territoires
- des représentants municipaux
- des leaders religieux et d'autres sphères communautaires.

Action 2.2

Des leaders politiques et communautaires se prononcent contre des formes concourantes de stigmatisation et de discrimination qui affectent des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, notamment la discrimination exercée à l'encontre de :

- personnes autochtones
- gais, lesbiennes, personnes bisexuelles ou bispirituelles
- minorités ethniques, immigrants et réfugiés
- personnes qui ont un faible revenu ou qui reçoivent de l'aide sociale
- personnes qui consomment des drogues
- travailleurs et travailleuses sexuelles
- personnes transgenre
- femmes.

Action 2.3

Les gouvernements financent des organismes nationaux et communautaires pour effectuer des campagnes soutenues sur l'année complète et solidement appuyées par l'implication communautaire locale, pour modifier les attitudes négatives à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH. Ces campagnes abordent, selon les besoins de la situation locale, des attitudes communes à l'égard des :

- personnes autochtones
- gais, lesbiennes, personnes bisexuelles ou bispirituelles
- minorités ethniques, immigrants et réfugiés
- personnes qui ont un faible revenu ou qui reçoivent de l'aide sociale
- personnes qui consomment des drogues
- travailleurs et travailleuses sexuelles
- personnes transgenre
- femmes.

» Éclairer la couverture des médias

BUT n° 3

Une couverture médiatique sur le VIH/sida, et sur les personnes touchées ou vulnérables, qui n'est pas stigmatisante et qui est éclairée par la connaissance du VIH/sida.

Action 3.1

Les gouvernements financent des organismes nationaux et communautaires pour le développement de programmes, de personnel, d'instruments ainsi que de formation, afin de :

- développer des relations avec les médias
- éclairer la couverture médiatique des problématiques qui affectent leurs populations
- réagir à la représentation erronée, dans les médias, de problématiques qui affectent leurs populations.

» Soutenir les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH

BUT n° 4

L'accès à des programmes misant sur les pairs et conçus en fonction des besoins particuliers des personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont vulnérables au VIH.

Action 4.1

Les gouvernements intègrent des programmes misant sur les pairs, dans leurs stratégies et programmes de santé pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont vulnérables au VIH. Les mandats, principes et pratiques exemplaires, pour ces stratégies et programmes, doivent être développés avec la contribution de pairs qui vivent avec le VIH/sida et qui appartiennent à des communautés vulnérables au VIH.

Action 4.2

Les gouvernements fournissent des fonds soutenus et suffisants, à des programmes misant sur les pairs, à l'intention des *personnes qui vivent avec le VIH/sida*. Les programmes sont conçus en fonction de leur situation particulière et abordent des enjeux comme :

- composer avec un diagnostic de séropositivité
- la réduction des méfaits dans l'activité sexuelle et l'usage de drogue
- les réalités socioéconomiques des personnes vivant avec le VIH/sida
- réagir au stigmatisme et à la discrimination
- les relations avec les personnes intimes, les amis, la famille et la communauté
- les obstacles aux services
- devenir un militant.

Action 4.3

Les gouvernements fournissent des fonds soutenus et suffisants, pour des programmes misant sur les pairs, à l'intention des *personnes vulnérables au VIH*. Les programmes sont conçus en fonction de leur situation particulière et abordent des enjeux comme :

- la réduction des méfaits dans l'activité sexuelle et l'usage de drogue
- les réalités socioéconomiques qui accroissent la vulnérabilité au VIH
- réagir au stigmatisme et à la discrimination
- les relations avec les personnes intimes, les amis, la famille et la communauté
- les obstacles aux services
- devenir un militant.

FAIRE VALOIR ET DÉFENDRE LES DROITS

» Renforcer l'éducation communautaire et la défense des droits

BUT n° 5

Une action soutenue pour défendre et faire valoir les droits des personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont vulnérables au VIH.

Action 5.1

Les gouvernements fournissent du financement opérationnel durable à des organismes nationaux et communautaires, afin qu'ils :

- défendent les droits des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH
- éduquent d'autres intervenants à propos de ces droits
- fournissent une formation
- établissent des réseaux en la matière
- développent et disséminent des ressources
- planifient et réalisent des actions conjointes.

» Une meilleure sensibilisation aux droits de la personne

BUT n° 6

Une meilleure sensibilisation, parmi les personnes qui vivent avec le VIH/sida et celles qui sont vulnérables au VIH, en ce qui touche leurs droits humains et les voies qui s'offrent à elles en cas de violation.

Action 6.1

Les gouvernements et commissions des droits de la personne financent l'élaboration et la dissémination d'instruments faciles à utiliser, où sont expliqués les droits de la personne, les violations ainsi que les recours possibles en tels cas, à l'intention des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH.

Action 6.2

Les gouvernements et commissions des droits de la personne adaptent ces instruments et leur distribution, à l'intention des populations dont la situation juridique est particulière :

- personnes autochtones
- immigrants et réfugiés
- détenus.

Action 6.3

Les gouvernements et commissions des droits de la personne financent la formation de travailleurs communautaires, pour l'utilisation de ces instruments auprès de personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, et pour le soutien de ces personnes dans la prise de décisions lorsqu'elles se heurtent à une violation de leurs droits.

» L'accès à l'information juridique et à des conseils en la matière

BUT n° 7

L'accès à une aide juridique, pour les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH qui font le choix d'intenter des recours contre un cas de discrimination ou d'autre violation de leurs droits humains.

Action 7.1

Les gouvernements financent l'élaboration, le maintien et la dissémination de ressources pour soutenir les travailleurs communautaires et avocats, dans la tâche de réagir aux problèmes légaux, notamment la discrimination et d'autres violations de droits humains rencontrées par des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH.

Action 7.2

Les gouvernements financent l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan pour renforcer les relations et l'aiguillage entre les organismes communautaires et les avocats de pratique privée.

Action 7.3

Les organismes nationaux et communautaires impliqués dans la lutte contre le VIH/sida collaborent avec d'autres organismes pour faire valoir la nécessité d'un système public d'aide juridique adéquatement financé et qui dispose de ressources suffisantes consacrées au droit civil et administratif.

» Travailler avec les commissions des droits de la personne

BUT n° 8

Une conscience répandue à propos des droits des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH; et des voies de réparation en temps opportun, pour les violations de droits.

Action 8.1

Les commissions des droits de la personne collaborent avec des organismes nationaux et communautaires qui travaillent auprès de personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, afin de :

- rehausser la sensibilisation des employés des commissions à propos des problèmes que rencontrent les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH
- développer des ressources éducatives et pour le plaidoyer, à l'usage de ces communautés
- identifier et abolir les obstacles aux recours en cas de violation.

Action 8.2

Les organisations autochtones militent pour l'abrogation de l'article 67 de la Loi canadienne sur les droits de la personne, et elles identifient des manières culturellement indiquées pour faire la promotion des droits de la personne au sein des communautés autochtones.

AVOIR ACCÈS AUX PROGRAMMES ET SERVICES, À L'ACCOMMODEMENT ET À L'EMPLOI

» L'éducation et la prévention communautaires liées au VIH/sida

BUT n° 9

Des programmes ciblés et adaptés à la particularité culturelle, pour l'éducation et la prévention du VIH/sida dans les populations vulnérables au VIH, en proportion des taux de prévalence et d'incidence observés.

Action 9.1

Les gouvernements s'assurent que les niveaux de financement et les allocations pour des programmes ciblés et particuliers à des cultures, pour l'éducation et la prévention en matière de VIH/sida, soient proportionnels aux taux de prévalence et d'incidence du VIH/sida qui sont observés dans ces populations.

Action 9.2

Les gouvernements demandent que la conception et la fourniture d'éducation et de prévention touchant le VIH/sida soient adaptées à la culture de la population à joindre ainsi qu'à ses besoins et points d'accès.

Action 9.3

Les organismes communautaires qui réalisent des programmes d'éducation et de prévention, en matière de VIH/sida, rendent compte de leur efficacité à satisfaire les besoins des populations vulnérables.

Action 9.4

Les gouvernements fournissent un financement soutenu à des organismes et réseaux autogouvernés de personnes vulnérables au VIH, afin d'intensifier l'implication de ces personnes dans la conception, la planification, la réalisation et l'évaluation de programmes d'éducation et de prévention liés au VIH/sida.

» Les services de santé

BUT n° 10

Une éducation, des systèmes de formation ainsi que des pratiques, dans les centres de soins de santé axés sur les clients, qui abordent expressément des formes concourantes de discrimination rencontrées par les populations affectées par le VIH/sida :

- personnes autochtones
- gais, lesbiennes, personnes bisexuelles ou bispituelles
- minorités ethniques, immigrants et réfugiés
- personnes qui consomment des drogues
- travailleurs et travailleuses sexuel-les
- personnes transgenre
- femmes

Action 10.1

Les établissements d'enseignement qui forment des professionnels en soins de la santé (p. ex. facultés de médecine, départements de soins infirmiers, collèges communautaires) incluent une formation sur le droit à la non-discrimination dans les soins de santé et les attitudes, ainsi que des systèmes qui satisfont les besoins spécifiques des populations susmentionnées.

Action 10.2

Les regroupements professionnels (de médecins, infirmières et infirmiers, pharmaciens, intervenants à domicile, etc.) fournissent une éducation continue sur le droit à la non-discrimination dans les soins de santé et les attitudes, ainsi que des systèmes qui satisfont les besoins spécifiques des populations susmentionnées.

Action 10.3

Les gouvernements adoptent les mesures nécessaires à remédier aux déficiences des programmes de prévention, soutien, soins et traitements qui présentent des caractéristiques discriminatoires à l'égard des populations susmentionnées; notamment :

- le manque de soutien pour les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles ou bispituelles qui sont en processus de sortie du placard ou d'identité de genre
- le manque d'accès à des outils de réduction des méfaits en prison
- le manque d'accès à des outils de réduction des méfaits dans la communauté
- le manque d'accès à divers modèles de traitement de la toxicomanie, y compris des programmes à critères souples, dans la communauté
- les obstacles à l'accès aux médicaments antirétroviraux pour le VIH, dans la communauté
- l'interruption de traitements antirétroviraux pour le VIH, en prison.

» Le logement

BUT n° 11

L'accès à un logement abordable, adéquat et accessible, pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

Action 11.1

Les gouvernements augmentent le nombre d'unités de logement subventionné et établissent des procédures pour faciliter l'accès au logement subventionné, pour les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH.

Voir aussi les actions proposées sous la rubrique « Faire valoir et défendre les droits ».

» L'emploi

BUT n° 12

Des efforts renouvelés des gouvernements, employeurs et syndicats, pour promouvoir et mettre en application des lois et politiques qui protègent les droits en milieu de travail, pour les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH.

Action 12.1

Les organismes de lutte au VIH/sida, les employeurs et les syndicats collaborent à promouvoir l'employabilité et l'emploi des personnes vivant avec le VIH/sida.

Action 12.2

Les commissions des droits de la personne collaborent avec les employeurs, syndicats et organismes de lutte au VIH/sida, afin de fournir une information détaillée et facile à comprendre à propos des droits des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, en milieu de travail.

Action 12.3

Les employeurs et syndicats révisent et mettent à jour leurs politiques sur le VIH/sida en milieu de travail, et renouvellent leurs activités d'éducation sur le VIH/sida au travail. Ces activités devraient inclure de l'éducation à propos des droits des personnes qui vivent avec le VIH/sida, en tant qu'employées, collègues et bénéficiaires de services.

» Les jeunes et l'éducation

BUT n° 13

Une éducation et du soutien appropriés et sensibles à la culture et à l'âge, et sans préjugés, à l'intention des enfants et des jeunes, à propos de :

- leur sexualité et celle d'autres personnes
- l'activité sexuelle et les habiletés en matière de sécurisexe

- le VIH/sida et les infections transmissibles sexuellement
- l'alcool et les autres drogues, et les moyens de réduire leurs méfaits potentiels
- les droits humains dans l'épidémie du VIH/sida (p. ex. les droits des personnes vivant avec le VIH/sida, des gais, lesbiennes, personnes bisexuelles et transgenre, et des personnes qui consomment des drogues).

Action 13.1

Les ministères provinciaux/territoriaux de l'Éducation veillent à ce que les écoles fournissent une formation sur la santé sexuelle, l'alcool et les autres drogues, et les droits de la personne.

Action 13.2

Les ministères provinciaux/territoriaux de l'Éducation veillent à ce que la formation offerte dans les écoles inclue une éducation exacte, appropriée et sensible à la culture et à l'âge, et sans préjugés, à propos de :

- la sexualité de l'individu et celle d'autres personnes
- l'activité sexuelle et les habiletés en matière de sécurisexe
- le VIH/sida et les infections transmissibles sexuellement
- l'alcool et les autres drogues, et les moyens de réduire leurs méfaits potentiels
- les droits humains dans l'épidémie du VIH/sida (p. ex. les droits des personnes vivant avec le VIH/sida, des gais, lesbiennes, personnes bisexuelles et transgenre, et des personnes qui consomment des drogues).

Action 13.3

Les ministères provinciaux/territoriaux de la Santé veillent à ce que la prévention du VIH soit intégrée aux services actuels de santé sexuelle et génésique pour jeunes (et adultes).

Action 13.4

Les ministères provinciaux/territoriaux de la Santé veillent à ce que la réduction des méfaits soit intégrée dans les services actuels d'information, d'intervention et de traitement pour les jeunes (et les adultes) qui consomment des drogues.

» Les immigrants et les réfugiés

BUT n° 14

Les politiques et procédures utilisées pour juger les demandes d'immigration au Canada n'excluent pas arbitrairement et irrationnellement les demandeurs qui vivent avec le VIH.

Action 14.1

Le ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration est à l'avant-plan de la décision du Cabinet d'amender la définition de « fardeau excessif » de manière à ce que le concept prenne aussi en considération le potentiel de contribution d'un immigrant au Canada, dans la tâche de déterminer si un requérant au statut d'immigrant sera déclaré inadmissible pour des raisons médicales et verra sa demande rejetée.

BUT No.15

Le test du VIH, les examens cliniques et le suivi aux sérodiagnostics positifs, pour les requérants à l'immigration et au statut de réfugié, sont conformes aux normes et directives médicales canadiennes.

Action 15.1

Citoyenneté et Immigration Canada voit à former, rémunérer et surveiller les médecins qui, au Canada et ailleurs, administrent des tests du VIH à des demandeurs d'immigration au Canada; le ministère veille ainsi à ce que ces médecins fournissent un counselling avant et après le test, conformément aux normes et directives médicales canadiennes.

Action 15.2

Citoyenneté et Immigration Canada fournit de l'information et de l'aide aux immigrants et réfugiés, pour l'accès à des services sociaux et de santé liés au VIH/sida et aux questions connexes de santé, par le biais des programmes gouvernementaux et communautaires de soutien aux nouveaux arrivants. L'information devrait être appropriée, sur les plans culturel et linguistique, et développée en collaboration avec des organismes impliqués auprès des immigrants et réfugiés.

» La coopération internationale

BUT n° 16

L'accès aux moyens de prévention (y compris les éventuels vaccins et micro-bicides), aux soins de santé (y compris le traitement antirétroviral du VIH et le traitement de la toxicomanie) et aux protections juridiques. L'accès est basé sur les droits garantis en droit international des droits de la personne.

Action 16.1

Le gouvernement fédéral augmente sa contribution financière au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ainsi que ses contributions à d'autres initiatives conçues pour améliorer l'accès aux médicaments anti-VIH/sida et aux soins de santé dans les pays en développement.

Action 16.2

Le gouvernement fédéral travaille à améliorer l'accès aux médicaments anti-VIH/sida ainsi qu'aux instruments de diagnostic dans les pays en développement, notamment par le recours à des licences obligatoires lorsque nécessaire, conformément à la Déclaration de Doha sur les ADPIC et la santé publique.

Action 16.3

L'Agence canadienne de développement international finance des partenariats entre organismes canadiens et d'autres pays, afin de :

- promouvoir les droits des personnes vivant avec le VIH/sida et vulnérables au VIH;
- faire valoir la nécessité de changements aux politiques nationales et internationales, en fonction d'une approche fondée sur les droits;
- partager des pratiques exemplaires en matière de lutte contre le stigmatisme et la discrimination.

RENFORCER LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION

» Des recherches participatives et inclusives

BUT n° 17

Une capacité accrue, en matière de recherche communautaire, et une plus grande inclusion des populations désavantagées, dans la recherche sur le VIH/sida au Canada.

Action 17.1

Les Instituts de recherche en santé du Canada négocient un protocole d'entente avec des organismes communautaires et des chercheurs communautaires, à propos des principes, mécanismes, orientations et fonds consacrés au programme de recherche communautaire sur le VIH/sida.

Action 17.2

Les Instituts de recherche en santé du Canada prennent les mesures nécessaires afin que les populations désavantagées soient incluses dans la recherche clinique, épidémiologique et des sciences sociales sur le VIH/sida, conformément aux principes de non-discrimination, et qu'elles reçoivent leur juste part des bénéfices de cette recherche.

Action 17.3

L'Agence canadienne de développement international finance des partenariats entre organismes canadiens et d'autres pays, afin de :

- promouvoir les droits des personnes vivant avec le VIH/sida et vulnérables au VIH;
- faire valoir la nécessité de changements aux politiques nationales et internationales, en fonction d'une approche fondée sur les droits;
- partager des pratiques exemplaires en matière de lutte contre le stigmatisme et la discrimination.

» L'évaluation des interventions

BUT n° 18

Des données à propos de l'efficacité d'interventions conçues pour réduire le stigmatisme et la discrimination liés au VIH/sida, ainsi que des interventions visant à vaincre les obstacles dans les programmes, les services, l'accommodement et l'emploi.

Action 18.1

Les gouvernements devraient financer une évaluation rigoureuse et à long terme de certaines des principales interventions visant à réduire le stigmatisme et la discrimination liés au VIH/sida, et à vaincre les obstacles dans les programmes, les services, l'accommodement et l'emploi.

BIBLIOGRAPHIE

Lois, règlements et projets de loi

Loi canadienne sur les droits de la personne, L.R.C. 1985, c H-6.

Loi concernant le choix des dirigeants, le gouvernement et l'obligation de rendre compte des bandes indiennes et modifiant certaines lois, 2^e session, 37^e législature.

Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, L.C. 1992, c. 20.

Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, L.C. 2001, c 27.

Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés, DORS/2002-227.

Jurisprudence

Canada (Procureur général) c. Mossop, [1993] 1 R.C.S. 554.

Nixon v Vancouver Rape Relief Society [2002] BCHRTD No 1 (QL).

R c. Oakes, [1986] 1 R.C.S. 103.

Sauvé c. Canada (Directeur général des élections), [2002] 3 R.C.S. 519.

Vancouver Rape Relief Society v British Columbia (Human Rights Commission) et al [2000] BCJ No 1143 (QL).

Vancouver Rape Relief Society v Nixon [2003] BCJ No 2899 (BCSC) (QL).

Livres, articles, rapports, abrégés, etc.

25 Questions Réponses sur la santé et les droits humains, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002.

Aggleton P., Parker R., *Cadre conceptuel et base d'action : Stigmatisation et discrimination associées au VIH/sida*, édition révisée, ONUSIDA/02.43F, Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2002.

AIDS Calgary Awareness Association, *Human Rights Fact Sheet #6: Housing and HIV/AIDS*.

AIDS Calgary Awareness Association, *Human Rights Fact Sheet #5: Employment and HIV/AIDS*.

Alberta Human Rights and Citizenship Commission, *Duty to Accommodate: Interpretative Bulletin*, mai 2003.

Alberta Human Rights and Citizenship Commission, *Information Sheet: Drug and Alcohol Testing*, juin 2003.

Alberta Human Rights and Citizenship Commission, *Information Sheet: Sexual Orientation*, octobre 2002.

Alberta Human Rights and Citizenship Commission, *Information Sheet: Source of Income*, octobre 2002.

Alliance for South Asian AIDS Prevention, *Discrimination and HIV/AIDS in South Asian Communities: Legal, Ethical and Human Rights Challenges. An Ethnocultural Perspective*, Toronto,

Alliance for South Asian AIDS Prevention, 1999.

Allinott S. et coll., *Voices for Dignity: A Call to End the Harms Caused by Canada's Sex Trade Law*, Vancouver, Pivot Legal Society, sans date.

All-Parliamentary Group on AIDS, *Migration and HIV: Improving Lives in Britain. An Inquiry into the Impact of the UK Nationality and Immigration System on People Living with HIV*, juillet 2003.

Association médicale du Québec, « L'AMQ en faveur d'un processus de divulgation à l'interne », communiqué de presse, 6 février 2004.

Associés de recherche Ekos, *VIH/sida – Sondage sur les attitudes : rapport final*, 24 juin 2003.

Banerjee S., « City's ban on HIV-positive cops disputed », *Gazette* [de Montréal], 28 janvier 2004.

Banks C., *The Cost of Homophobia: Literature Review on the Human Impact of Homophobia in Canada*, Saskatoon, Gay & Lesbian Health Services of Saskatoon, 2003.

Barlow J.K. et coll., *Cercles des gardiens du savoir*, Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2001.

Baum M.K. et coll., « HIV-1 infection is associated with severe nutritional deficiencies », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1997, 16(4) : 272-278.

Bell B., *Questions juridiques, éthiques et de droits de la personne soulevées par le VIH/sida – Où se dirige-t-on à partir d'ici ? Planification pour 1998-2003*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999.

Betteridge G., « Enquête sur la mort d'un détenu co-infecté par le VIH et le VHC – Combien d'autres encore? », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 74-78.

Biglan A. et coll., « Social and behavioural factors associated with high-risk sexual activity among adolescents », *Journal of Behavioural Medicine*, 1990, 13 : 245-261.

Block I., « Montreal police alone in HIV test », *Gazette* [de Montréal], 29 janvier 2004.

Bolinger L., « Literature Review of General and HIV-related Stigma », Cape Town, POLICY Project, 2002.

Bos A.E.R. et coll., « Public reactions to people living with HIV/AIDS in the Netherlands », *AIDS Education and Prevention*, 2001, 13(3) : 219-228.

Brashers D.E. et coll., « Social activism, self-advocacy, and coping with HIV illness », *Journal of Social and Personal Relationships*, 2002, 19(1) : 113-133.

Brodie M. et coll., « AIDS at 21: media coverage of the HIV epidemic 1981-2002 », *Columbia Journalism Review*, 2004, 2.

Brogly S. et coll., « Quality of life and public health program use of Montreal cocaine and heroin injection drug users », 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, 10-13 avril 2003, abrégé 218, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2003, 14 (Suppl. A) : 47A.

Brown L. et coll., *Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned?*, Washington, Population Council, 2002.

Burdge D.R. et coll., « A review of mortality in an HIV cohort in British Columbia from 1994 to 2002 », 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, 10-13 avril 2003, abrégé 238P, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2003, 14 (Suppl. A) : 53A.

Bureau international du travail, *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail*, Genève, Organisation internationale du travail, 2001.

Cain R. et coll., « Disclosing HIV to others: stigma and everyday interactional work », 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, 10-13 avril 2003, abrégé 268, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2003, 14 (Suppl. A) : 62A.

Capitanio J.P., Herek G.M., « AIDS-related stigma and attitudes toward injecting drug users among black and white Americans », *American Behavioral Scientist*, 1999, 42(7) : 1148-1161.

Chatty CATIE, *The Positive Side*, 2002, 6(1) : 7.

Chesney M.A., Smith A.W., « Critical delays in HIV testing and care », *American Behavioral Scientist*, 1999, 42(7) : 1162-1174.

Cheung A.M., Hwang S.W., « Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2004, 170(8) : 1243-1247.

Chewter C.L., Hartleib R. (éds), *Understanding the Law: A Guide for Women in Nova Scotia*, 4^e éd., Halifax, Nova Scotia Association of Women and the Law, 2002.

Comité d'examen de la Loi canadienne des droits de la personne, *La promotion de l'égalité : une nouvelle vision* (rapport LaForest), Ottawa, ministère de la Justice, 2000.

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, UN Doc E/C 12/2000/4 (2000).

Commission canadienne des droits de la personne, *Mémoire de la Commission canadienne des droits de la personne au Comité permanent de la Chambre des communes sur les affaires autochtones, du développement du grand nord et des ressources naturelles*, 28 janvier 2003.

Commission canadienne des droits de la personne, *Politique relative au syndrome d'immunodéficience acquise*, juin 1996.

Commission canadienne des droits de la personne, *Politique sur le dépistage des drogues et de l'alcool*, 2002.

Commission canadienne des droits de la personne, *Protégeons leurs droits : Examen systémique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral*, Ottawa, la Commission, 2003.

Commission des droits de la personne du Manitoba, *Feuille de renseignements : Prohibition de la discrimination à l'égard des personnes atteintes du virus du SIDA*, 1998.

Commission des droits de la personne du Manitoba, *Feuille de renseignements : Prohibition de la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle*, 1998.

Commission des droits de la personne du Nouveau-Brunswick, *Critères généraux relatifs à l'accueil de plaintes de discrimination fondée sur l'infection par le VIH/sida*, 1997.

Commission ontarienne des droits de la personne, *Know Your Rights: AIDS and AIDS-Related Illness and the Human Rights Code*.

Commission ontarienne des droits de la personne, *Politique concernant la discrimination et le harcèlement fondés sur l'orientation sexuelle*, 2000.

Commission ontarienne des droits de la personne, *Politique concernant la discrimination liée au VIH et au sida*, 21 novembre 1996.

Commission ontarienne des droits de la personne, *Politique et directives concernant le handicap et l'obligation d'accommodement*, 23 novembre 2003.

Commission ontarienne des droits de la personne, *Politique sur la discrimination et le harcèlement en raison de l'identité sexuelle*, 2000.

Commission ontarienne des droits de la personne, *Une approche intersectionnelle de la discrimination pour traiter les plaintes relatives aux droits de la personne fondées sur des motifs multiples*, Commission ontarienne des droits de la personne, 2001.

Conseil de recherche médicale du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et de génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada, 1998.

Cornu C., « Vers une implication plus significative des personnes vivant avec le VIH/sida », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(2/3) : 118-121.

Craib K.J.P. et coll., « Risk factors for elevated HIV incidence among Aboriginal injection drug users in Vancouver », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2003, 168(1) : 19-24.

de Bruyn T., *Accroître la capacité de s'attaquer aux questions juridiques, éthiques et de droits de la personne liées au VIH/sida au Canada*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2000.

de Bruyn T., *Discrimination et VIH/sida : Un document de travail*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1998.

de Bruyn T., Elliott R., « Le test obligatoire du VIH après une exposition professionnelle », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 1, 27-34.

de Bruyn T., Garmaise D., « Un sondage dévoile les connaissances et attitudes des Canadiens à l'égard du VIH/sida », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(3) : 34-35.

de Bruyn T., *L'administration de tests aux personnes que l'on croit être la source d'une exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH : Étude générale*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001.

Déclaration à l'occasion de la Journée mondiale du sida, 1er décembre 2003, archivée par la Dag Hammarskjöld Library à www.un.org/depts/dhl/dhlf/aidsday/index.html.

Déclaration et Programme d'action de Vienne, Conférence mondiale sur les droits de l'homme, Vienne, 14-25 juin 1993, UN Doc A/CONF.157/24 (1993).

Deschamps G., *We are part of a tradition: a guide on two-spirited people for First Nations communities*, Toronto, 2-Spirited People of the 1st Nations, 1998.

DiCenso A.M. et coll., *Ouvrir notre avenir – Une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C*, Toronto, Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida, 2003.

DiCenso A.M., « Le VIH derrière les barreaux », *Bulletin d'information du Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements*, 2003, 5(1) : 1-3.

Dijker A.J. et coll., « Emotional reactions to people with AIDS », *Journal of Applied Social Psychology*, 1996, 26(8) : 731-748.

Diocèse de Montréal, « L'Archevêché de Montréal poursuit sa réflexion mais exclut l'imposition d'un test du VIH », communiqué de presse, 16 février 2004.

Eichler M.R. et coll., « The effectiveness of HIV post-test counselling in determining healthcare-seeking behavior », *AIDS*, 2002, 16(6) : 943-945.

Elliott R. et coll., *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002.

Ensemble nous pouvons jouer un rôle de premier plan : Plan d'action sur le VIH/sida pour l'ensemble du Canada 2004-2008, ébauche pour consultation, novembre 2003.

Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada – Facteurs influant sur les connaissances, les attitudes et les comportements, Toronto, Conseil des ministres de l'Éducation, Canada, 2003.

Ezzy D., De Visser R., « Poverty, disease progression and employment among people living with HIV/AIDS in Australia », *AIDS Care*, 1999, 11(4) : 405-414.

Fisher J. et coll., *Questions juridiques concernant les gais et lesbiennes dans le contexte du VIH/sida : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1998.

Force de renouveau – Participation des personnes atteintes du VIH-sida au marché du travail, Ottawa, Société canadienne du sida, 1998.

Fortenberry J.D. et coll., « Relationship of stigma and shame to gonorrhea and HIV screening », *American Journal of Public Health*, 2002, 92(3) : 378-381.

Garmaise D., « Québec – Torrent de stigmatisation et de discrimination liés au VIH/sida », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2004, 9(1) : 16-22.

Garmaise D., « Recours au test du VIH obligatoire pour l'exclusion d'immigrants potentiels », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 22-25.

Garmaise, D., *Questions et réponses : les politiques canadiennes sur l'immigration et leur impact sur les personnes vivant avec le VIH/sida*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2003.

Gatali M. et coll., « Trends in AIDS mortality in Canada: views from three perspectives », 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, 10-13 avril 2003, abrégé 237P, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2003, 14 (Suppl. A) : 52A.

« Gender, injection drug use and HIV risk in Ontario, Canada », dans C. Amaratunga, J. Gahagan (éds), *Striking to the Heart of the Matter: Selected Readings on Gender and HIV*, Halifax, Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes, 2002, p. 35-46.

Gender Mainstreaming in HIV/AIDS: Taking a Multisectoral Approach, Londres, Commonwealth Secretariat et Maritime Centre of Excellence for Women's Health, 2002.

George S. et coll., *An Overview of Risk and Protective Factors: The Alberta Youth Experience Survey 2002*, AADAC Research Services, sans date.

Godwin J., *HIV treatments, vaccines and microbicides. Developing an agenda for action: A discussion paper*, novembre 2003.

Goldstone I. et coll., « HIV and injection drug use among First Nations in Vancouver: outcomes of care and neglect », *Native Social Work Journal*, 2000, 3(1) : 145-163.

Gruskin S., Tarantola D., « Health and human rights », dans R. Detels, R. Beaglehole (éds), *Oxford Textbook on Public Health*, 4^e édition, Oxford, Oxford University Press, 2001 : 311-336.

Guenther D. et coll., « People living with HIV/AIDS and their physicians: how the two work together », 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, 10-13 avril 2003, abrégé 152, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2003; 14 (Suppl A) : 26A.

Guide de la Charte canadienne des droits et libertés (www.pch.gc.ca/progs/pdp-hrp/canada/guide/overview_f.cfm).

Handa A., Negash A., *HIV Endemic Task Force: Report on Phase Two of Community Consultation*, avril 2003.

Haut commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales*, Deuxième consultation internationale sur le VIH/sida et les droits de l'homme, Genève, 23-25 septembre 1996, New York et Genève, Nations Unies, 1998.

Haut commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales : Directive 6 révisée*, Troisième consultation internationale sur le VIH/sida et les droits de l'homme, Genève, 25-26 juillet 2002, New York et Genève, Nations Unies, 2002.

Heckman T.G. et coll., « Barriers to care among persons living with HIV/AIDS in urban and rural areas », *AIDS Care*, 1998, 10(3) : 365-375.

Herek G.M. et coll., « HIV-related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991-1999 », *American Journal of Public Health*, 2002, 92(3) : 371-377.

Herek G.M., « The social construction of attitudes: functional consensus and divergence in the US public's reactions to AIDS », dans G.R. Maio, J.M. Olson (éds.), *Why We Evaluate: Functions of Attitudes*, Mahwah, N.J. et Londres, Lawrence Erlbaum, 2000, p. 325-364.

Herek G.M., Capitanio J.P., « AIDS stigma and sexual prejudice », *American Behavioral Scientist*, 1999, 42(7) : 1130-1147.

HIV Endemic Task Force, *Complete Report of the Community Forum "For Us, By Us, About Us": An Opportunity for African and Caribbean Communities to Address the Issue of HIV/AIDS Related to Stigma and Denial*, Toronto, la Task Force, 2001.

« HIV-positive docs should advise their hospitals: Québec health minister », *Presse canadienne*, 26 janvier 2004.

Hoffmaster B., Schrecker T., *Une analyse des questions d'éthique entourant l'exclusion automatique des réfugiés et des immigrants séropositifs*, Halifax, Projet des noms, 2000.

Hogg R.S. et coll., « Lower socio-economic status and shorter survival following HIV infection », *Lancet*, 1994; 344(8930) : 1120-1124.

How Well Are We Doing? A Survey of the GLBT Population of Ottawa, Ottawa, Services du Triangle Rose, 2001.

Howe R.B., Johnson D., *Restraining Equality: Human Rights Commissions in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2000.

Hwang S.W., « Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario », *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283(16) : 2152-2157.

Ingram K.M. et coll., « Social support and unsupportive interactions: their association with depression among people living with HIV », *AIDS Care*, 1999, 11(3) : 313-329.

Jaggy C. et coll., « Mortality in the Swiss Cohort Study (SHCS) and the Swiss general population », *Lancet*, 2003, 362(9387): 877-878.

Jürgens R., « La Commission canadienne des droits de la personne recommande des programmes d'échange de seringues en prison », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2004, 9(1) : 52-53.

Jürgens R., *Test de sérodiagnostic et confidentialité : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1998.

Jürgens R., *VIH/sida et prisons : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996.

Kasper T. et coll., « Demystifying antiretroviral therapy in resource poor settings », *Essential Drugs Monitor*, 2003, 32 : 20-21.

Kellington S. et coll., *Listen Up! Women are Talking About... The social determinants of women's risk for HIV infection and illness progression in lower mainland British Columbia*, Vancouver, Positive Women's Network, 1999.

Kerr T. et coll., *Répondre à l'urgence par l'éducation, l'action sociale et les services communautaires : Portrait d'un organisme dirigé par des utilisateurs de drogue – Étude de cas du VANDU (Réseau des utilisateurs de drogue de la région de Vancouver)*, Ottawa, Santé Canada, 2001.

Kerr T., « Injection supervisée : Santé Canada approuve des projets pilotes à Vancouver, mais des préoccupations demeurent », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(2) : 19-21.

Kerr T., « Le premier lieu sécuritaire pour l'injection en Amérique s'ouvre à Vancouver », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(3) : 26-27.

King A. et coll., *Étude sur les jeunes Canadiens face au sida*, Kingston, Université Queen's, 1989.

Kirby G., « Safer Sex Now: survey finds education needed », *Xtra! West*, 8 janvier 2004.

Klein A., « Inquiétudes exprimées au sujet des nouvelles règles sur l'immigration », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 35-37.

Klein A., *Immigration et VIH/sida : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001.

Le VIH/SIDA en milieu carcéral : Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1994.

« Le VIH/sida en prison : nouveaux développements », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3): 14-15.

Leaune V. et coll., *Sondage « Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH dans la population générale du Québec »*, Institut national de santé publique du Québec, 2003.

Lee R.S. et coll., « Internalized stigma among people living with HIV/AIDS », *AIDS and Behavior*, 2002, 6(4) : 309-319.

Leech J., « Un sondage met au jour des violations de droits humains en Alberta », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 27.

Leonard L. et coll., « HIV counselling and testing among pregnant women in Canada: best practices », dans C. Amaratunga, J. Gahagan (éds.), *Striking to the Heart of the Matter: Selected Readings on Gender and HIV*, Halifax, Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes, 2002, 65-86.

Lines R., « Un décès met en lumière le traitement de détenus vivant avec le VIH/sida », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1998, 3(4)/4(1) : 31-33.

Lines R., *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002.

Liu J. et coll., *Enquête de 2002 sur la consommation de drogues par les élèves du Nouveau-Brunswick : Faits saillants*, Nouveau-Brunswick, 2002.

Long A., Goldberg M., *Falling Further Behind: A Comparison of Living Costs and Employment and Assistance Rates in British Columbia*, Vancouver, SPARC BC, 2002.

Manson Willms S. et coll., *Choice, Voice and Dignity: Housing Issues and Options for Persons with HIV Infection in Canada. A National Study*, Vancouver, Centre for Human Settlements, University of British Columbia, 1991.

Marshall C., Wynn M., *Evaluation of Direction 180 – Low Threshold Methadone Program Phase II (2003-03)*, Marshall Consulting & Associates, 31 mars 2003.

Martin Spigelman Research Associates, *Devancer l'épidémie du VIH/sida : Le rôle du gouvernement fédéral dans la Stratégie canadienne sur le VIH/sida 1998-2003*, juin 2003.

Matiation S., *La discrimination, le VIH/sida et les autochtones : un document de travail*, 2^e édition, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Réseau canadien autochtone du sida, 1999.

Matiation S., *Le test de sérodiagnostic du VIH et la confidentialité : questions concernant la communauté autochtone*, 2^e édition, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1999.

McCoy L., « Dealing with doctors », dans M. Bresalier et coll., *Making Care Visible: Antiretroviral Therapy and the Health Work of People Living with HIV/AIDS*, Toronto, Making Care Visible Working Group, 2002, 1-36.

Meursing K., Sibindi F., « HIV counselling – a luxury or necessity? », *Health Policy and Planning*, 2000, 15(1) : 17-23.

Minandi F., « Je n'ai pas de montre, mais je n'ai oublié aucune dose », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(2/3) : 107-109.

Naucklaus K., Cook M., *Report on the 13th Annual International Two-spirit Gathering*, 10 septembre 2001.

Neron C, Roffey R., « HIV, sexual violence and Aboriginal women », *Native Social Work Journal*, 2000, 3(1) : 57-72.

« Ne te laisse pas faire! Vivre avec le VIH en milieu rural », *Info sidaction : Journal d'information en matière de VIH*, 2003, 4(2) : 14-15.

« New Montreal police recruits will be tested for HIV after March 1 », *Presse canadienne*, 24 janvier 2004.

« Number of HIV-positive immigrants to Canada triples in one year, immigration department says », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 14 mai 2004.

ONUSIDA, *Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/sida, 2003 (Suivi de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, 2001)*, ONUSIDA/04.03F, Genève, ONUSIDA, 2003.

Oscapella E., Elliott R., *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques – Documents de fond*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999.

Parkes D., « Catholic seminary to screen for HIV », *Gazette [de Montréal]*, 10 janvier 2004.

Paxton S., « The paradox of public HIV disclosure », *AIDS Care*, 2002, 14(4) : 559-567.

Petrak J.A. et coll., « Factors associated with self-disclosure of HIV serostatus to significant others », *British Journal of Health Psychology*, 2001, 6 : 69-79.

Plumb et coll., *Learning About HIV/AIDS in the Meshwork: The Nature and Value of Indigenous Learning Processes in Community-based HIV/AIDS Organizations*, Halifax, Mount Saint Vincent University (non daté).

Poulin C., *Nova Scotia Student Drug Use 2002: Highlights Report*, Halifax, Nouvelle-Écosse, 2003.

Prince Edward Island Human Rights Commission, *Your Rights: Addictions and Alcohol/Drug Testing*, 2001.

Prince Edward Island Human Rights Commission, *Your Rights: Sexual Orientation*, 2001.
Prince Edward Island Human Rights Commission, *Your Rights: Source of Income*, 2001.

Procès verbal – Stratégie canadienne sur le VIH/sida : Rencontre sur le suivi des orientations, 14-16 avril 2002, Montréal, Québec, Ottawa, ministre des Travaux publics et services gouvernementaux, 2002.

Proctor P., *Au-delà des œillères : Questions relatives à l'incapacité dans le contexte du VIH et autres états épisodiques se poursuivant toute la vie*, Toronto, Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale, 31 mai 2002.

Quandt T., « C.-B. – Nouvelle prestation d'aide sociale, abolition d'autres prestations », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 41-42.

Rapport de la rencontre sur les orientations de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, 29 octobre au 1^{er} novembre, 2000, Gray Rocks Inn, Mont Tremblant, Québec, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001.

Ratman S., Meyers T., *Community Perspectives on HIV Research and Programs in Aboriginal Communities of Coastal Labrador: A research needs assessment and feasibility study*, 2000.

Ray P., « Montreal Ste-Justine Children's Hospital will test 2,614 patients for HIV », *Presse canadienne*, 22 janvier 2004.

Reinhart A., « Her life on the street is dodging death », *Globe and Mail*, 13 avril 2004, A11.

Réseau canadien autochtone du sida, *PCAP : Prise en charge, contrôle, accès et possession*.

Réseau juridique canadien VIH/sida et Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida), « Les organismes de lutte contre le sida et de défense des droits mettent en garde contre les tests du VIH mus par l'ignorance et les préjugés », communiqué de presse, 26 janvier 2004.

Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999.

Réseau juridique canadien VIH/sida, *Mémoire au Comité permanent de la Chambre des communes sur la citoyenneté et l'immigration*, 28 janvier 2002.

Return to the Spirit: Building Health Attitudes in Families and Communities. Final Report, 14th Annual Two-spirit Peoples Gathering, Morley, Alberta, août 2002.

Ruff K., « A Critical Survey of Human Rights Acts and Commissions in Canada », dans W. Tarnopolsky et coll. (éd.), *Discrimination in the Law and the Administration of Justice*, Montréal, Éditions Thémis, 1993.

Ruiz J. et coll., « Prevalence of HIV infection, sexually transmitted diseases, and hepatitis and related risk behavior in young women living in low-income neighbourhoods of northern California », *Western Journal of Medicine*, 2000, 172 (juin) : 368-372.

Rusch M. et coll., « Disability among people living with HIV in British Columbia: the unacknowledged epidemic », 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, 10-13 avril 2003, abrégé 179aP, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2003, 14 (Suppl. A) : 34A.

Ryan B. et coll., *Access to Care: Exploring the Health and Well-Being of Gay, Lesbian, Bisexual, and Two-spirit People in Canada: Executive Summary*, Montréal, Centre d'études appliquées sur la famille, Université McGill, 2000.

Ryan B., Chervin M., *Mise en situation de la santé des hommes gais dans la trame de la santé des populations*, Ottawa, Centre canadien d'information sur le VIH/sida et Gay & Lesbian Health Services of Saskatoon, 2000.

Santé Canada, *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003.
Saskatchewan Human Rights Commission, *Policy Statement on Drug and Alcohol Testing*, novembre 2000.

Schechter M. et coll., « Higher socioeconomic status is associated with slower progression of HIV infection independent of access to health care », *Journal of Clinical Epidemiology*, 1994, 47(1) : 59-67.

Schensul J.J., « Community-Based Research as a Revolutionary Tool », dans *Community-Based Research in Motion: The Practice and the Process. Symposium*, Winnipeg, 25 avril 2002.

Schmitz M.F., Crystal S., « Social relations, coping, and psychological distress among persons with HIV/AIDS », *Journal of Applied Social Psychology*, 2000, 30(4) : 665-685.

Service correctionnel du Canada, *Directive du Commissaire n°800 – Services de santé*, 22 décembre 1997.

Service correctionnel du Canada, *Rapport final : Le projet-pilote national PAS d'éducation par les pairs en matière de SIDA auprès des détenus*, Ottawa, le SCC, 1996.

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, résolution A/Res/S-26/2, 27 juin 2001.

Ship S.J., Norton L., « "It's hard to be a woman!" : First Nations women living with HIV/AIDS », *Native Social Work Journal*, 2000, 3 : 73-89.

Ship S.J., Norton L., « HIV/AIDS and Aboriginal women in Canada », dans C. Amaratunga, J. Gahagan (éds), *Striking to the Heart of the Matter: Selected Readings on Gender and HIV*, Halifax, Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes, 2002 : 47-63.

Siyam'kela. *HIV/AIDS stigma indicators: A tool for measuring the progress of HIV/AIDS stigma mitigation*, Cape Town, POLICY Project, 2003.

Siyam'kela. *HIV/AIDS-related stigma: A literature review*, Cape Town, POLICY Project, non daté.

Société canadienne du sida et Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale, *Le VIH comme maladie épisodique : réviser le Programme RPC-I. Mémoire préparé à l'intention du Sous-comité de la condition des personnes handicapées*, février 2003.

Société canadienne du sida, *AIDS-in-the-Workplace Project Final Report*, Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale, décembre 2000.

Song Y.S., Ingram K.M., « Unsupportive social interactions, availability of social support, and coping: their relationship to mood disturbance among African Americans living with HIV », *Journal of Social and Personal Relationships*, 2002, 19(1) : 67-85.

Spittal P.M. et coll., « Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2002, 166(7) : 894-899.

Stein J., *HIV/AIDS and the Media: A Literature Review*, Johannesburg, Centre for AIDS Development, Research and Evaluation (Cadre), 2001.

Stuart H., « Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution », *Santé mentale au Québec*, 2003, 18(1) : 54-72.

Tarnopolsky WS et coll., *Discrimination and the Law in Canada*, 5^e édition, Toronto, Richard De Boo, 1997.

Tharao E et coll., « The silent voices of the HIV/AIDS epidemic: African and Caribbean women », 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, 10-13 avril 2003, abrégé 257, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2003; 14 (Suppl A): 58A.

« The Equality Project », *Ellipse: The Newsletter of AIDS Calgary Awareness Association*, 2003, 4(6) : 3.

The Toronto Trans and 2-Spirit Primer: An Introduction to Lower-income, Sex-working and Street-involved Transgendered, Transsexual & 2-Spirit Service Users in Toronto, Toronto, Trans Programming at the 519, mis à jour le 19 avril 2004.

Transforming Generations. Final Report, 15^e Annual Two-spirit Gathering, Geneva Park – Mnjikaning, Ontario, 20-25 juillet 2003.

Tripartite Interregional Meeting on Best Practices in HIV/AIDS Workplace Policies and Programmes, Geneva, December 15-17, 2003: Consensus Statement. Geneva: International Labour Organization, 2003.

Trussler T. et coll., *Sex Now by the Numbers: A Statistical Guide to Health Planning for Gay Men*, Vancouver, Community-Based Research Centre, 2003.

UNESCO, *Le VIH/sida et les droits de l'homme : les jeunes se mobilisent*, Paris, UNESCO et Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2001.

Van Til L., Poulin C., *Enquête de 2002 sur la consommation de drogues par les élèves de l'Île du Prince-Édouard : Faits saillants*, Charlottetown, Centre de publication des documents, 2002.

Vérificateur general du Canada, « La Commission canadienne des droits de la personne et le Tribunal canadien des droits de la personne », dans *Rapport du vérificateur général du Canada*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1998.

Vézina C., « Le sida en milieu de travail : un programme toujours pertinent », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 9(1) : 27-28.

« VIH/sida en prison : autres développements », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(1) : 17-22.

W. Lau et coll., *Legal, Ethical and Human Rights Issues Facing East and Southeast Asian-Canadians in Accessing HIV/AIDS Services in Canada*, Toronto, Asian Community AIDS Services, 1999.

Weber A.E. et coll., « Risk factors associated with HIV infection among young gay and bisexual men in Canada », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28(1) : 81-88.

Wolde-Giorgh H., *La Prévention de la Discrimination contre les Personnes Atteintes du VIH/SIDA et la Protection de leurs Droits au Québec*, Québec, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 1995.

Wood E. et coll., « Prevalence and correlates of untreated human immunodeficiency virus type-1 infection among persons who have died in the era of modern antiretroviral therapy », *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 188(8) : 1164-1170.

Wood E. et coll., « Socioeconomic status, access to triple therapy, and survival from HIV-disease since 1996 », *AIDS*, 2002, 16(1) : 2065-2072.

Worthington C. et coll., « Rehabilitation and HIV: development of an expanded conceptual framework », 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, 10-13 avril 2003, abrégé 310P, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2003, 14 (Suppl. A) : 74A-75A.

Wright K., « AIDS: hidden in plain sight », *Columbia Journalism Review*, 2004, 2.

ANNEXES

Annexe A : Membres du comité consultatif

Bill Downer

Comité sida de Terre-Neuve et du Labrador, St. John's
(jusqu'en décembre 2003)

Walter Cavalieri

Centre for Student Development and Counselling,
Ryerson University
Unité d'études sociales, comportementales
et épidémiologiques sur le VIH,
Faculté de médecine, Université de Toronto

Barry Deepprose

Coalition santé arc-en-ciel Canada, Ottawa

Grace Getty

Faculté des sciences infirmières,
Université du Nouveau-Brunswick, Fredericton

Ken King

Groupe de travail canadien sur le VIH
et la réinsertion sociale, Toronto

Michèle Lalonde

Direction de la santé publique de Montréal-Centre,
Montréal

Bob Mills

Représentant canadien du GNP+,
représentant régional des Prairies
Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida
(GNP+) – Amérique du Nord
(Bob Mills est décédé le 8 octobre 2003)

Darlène Palmer

CACTUS, Montréal

Michael R. Smith

Division des politiques, de la coordination
et des programmes sur le VIH/sida
Centre de prévention et de contrôle
des maladies infectieuses
Direction générale de la santé de la population
et de la santé publique, Santé Canada
(jusqu'en octobre 2003)

Marcie Summers

Positive Women's Network, Vancouver

Senait Teclom

Women's Health in Women's Hands, Toronto

Albert McLeod

Réseau canadien autochtone du sida, Ottawa
(jusqu'en décembre 2003)

NOTES

Annexe B : Participants à l'atelier d'examen de l'ébauche de plan d'action

John Ah Chong

Sida-bénévoles Montréal

Bronwyn Barrett

Positive Women's Network

Marie-Hélène Bonin

Congrès du travail du Canada

Sheila Braidek

Coalition santé arc-en-ciel Canada

Jill Chettiar

Vancouver Area Network of Drug Users

Ian Culbert

Centre canadien d'information sur le VIH/sida

Theodore de Bruyn

Réseau juridique canadien VIH/sida

Anne Marie DiCenso

Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN)

Brenda Done

Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie

Guyline et Marie Harnois

Montréal

Peter Ho

Asian Community AIDS Services

Ralf Jürgens

Réseau juridique canadien VIH/sida

Ken King

Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale

Albert McLeod

Réseau canadien autochtone du sida

Albert McNutt

Northern AIDS Connection Society

Harvey Michelle

Montréal

Jamie Myrah

YouthCO

Darlène Palmer

CACTUS

Jocelyn Paul

Fredericton

Lyse Pineault

Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida

Kim Thomas

Société canadienne du sida

Ingrid Wellmeier

Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida

Centre de prévention et de contrôle

des maladies infectieuses

Santé Canada

Elana Wright

Réseau juridique canadien VIH/sida

¹ Déclaration à l'occasion de la Journée mondiale du sida, 1^{er} décembre 2003, archivée par la Dag Hammarskjöld Library à www.un.org/depts/dhl/dhlf/aidsday/index.html.

² Pour plus d'information, voir le site Internet de la Campagne mondiale contre le sida à www.unaids.org/Unaids/EN/Events/Campaigns/World+AIDS+Campaign+2004.asp.

³ Pour plus d'information, voir le site Internet de la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge à www.ifrc.org/fr/what/health/hiv/aids/antistigma/ et celui du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida à www.gnpplus.net/advocacy.html.

⁴ Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, résolution A/Res/S-26/2, 27 juin 2001, par. 37 (www.un.org/french/ga/sida/conference/aress262f.pdf).

⁵ *Ibid.*, par. 58.

⁶ T. de Bruyn, *Discrimination et VIH/sida : Un document de travail*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1998, p. IV; 119-133. (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/discrimination/docdiscussion/DISCtocF.html).

⁷ P. Aggleton, R. Parker, *Cadre conceptuel et base d'action : Stigmatisation et discrimination associées au VIH/sida*, édition révisée, ONUSIDA/02.43F, Genève, ONUSIDA, 2002, p. 9 (www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc891-wac_framework_fr_pdf.pdf).

⁸ Pour plus d'information sur ces indicateurs de stigmatisation externe, et d'autres, voir *Siyam'kela. HIV/AIDS stigma indicators: A tool for measuring the progress of HIV/AIDS stigma mitigation*, Cape Town, POLICY Project, 2003 (www.policy-project.com/Special/SA_stigma.pdf).

⁹ Associés de recherche Ekos, *VIH/sida – Sondage sur les attitudes : rapport final*, 24 juin 2003. Pour plus d'information, voir les pages 26-27.

¹⁰ Pour plus d'information sur ces indicateurs de stigmatisation interne, et d'autres, voir *Siyam'kela. HIV/AIDS stigma indicators, supra*, note 8.

¹¹ G.M. Herek et coll., « HIV-related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991-1999 », *American Journal of Public Health*, 2002, 92(3) : 371-377; G.M. Herek, « The social construction of attitudes: functional consensus and divergence in the US public's reactions to AIDS » dans G.R. Maio, J.M. Olson (éds.), *Why We Evaluate: Functions of Attitudes*, Mahwah, N.J. et Londres, Lawrence Erlbaum, 2000, p. 325-364; G.M. Herek, J.P. Capitanio, « AIDS stigma and sexual prejudice », *American Behavioral Scientist*, 1999, 42(7) : 1130-1147; J.P. Capitanio, G.M. Herek, « AIDS-related stigma and attitudes toward injecting drug users among black and white Americans », *American Behavioral Scientist*, 1999, 42(7) : 1148-1161; A.J. Dijker et coll., « Emotional reactions to people with AIDS », *Journal of Applied Social Psychology*, 1996, 26(8) : 731-748; A.E.R. Bos et coll., « Public reactions to people living with HIV/AIDS in the Netherlands », *AIDS Education and Prevention*, 2001, 13(3) : 219-228.

¹² Aggleton et Parker, *supra*, note 7, p. 11.

¹³ Voir de Bruyn, *supra*, note 6, p. 6-10.

¹⁴ Voir, p. ex., C. Banks, *The Cost of Homophobia: Literature Review on the Human Impact of Homophobia in Canada*, Saskatoon, Gay & Lesbian Health Services of Saskatoon, 2003 (accessible via www.glhs.ca).

¹⁵ Les six principales conventions sur les droits de la personne sont le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux

et culturels (1966), le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966), la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1963), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979), la Convention relative aux droits de l'enfant (1989) et la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984).

16 Pour plus d'information sur les rapports du Canada relativement aux conventions en matière de droits humains, voir www.pch.gc.ca/progs/pdp-hrp/docs/index_f.cfm.

17 S. Gruskin, D. Tarantola, « Health and human rights », dans R. Detels, R. Beaglehole (éds), *Oxford Textbook on Public Health*, 4^e édition, Oxford, Oxford University Press, 2001 : 311-336, aux p. 315-316.

18 Déclaration et Programme d'action de Vienne, Conférence mondiale sur les droits de l'homme, Vienne, 14-25 juin 1993, UN Doc A/CONF.157/24 (1993), par. 1 (Partie I).

19 Voir, p. ex., D. Ezzy, R. De Visser, « Poverty, disease progression and employment among people living with HIV/AIDS in Australia », *AIDS Care*, 1999, 11(4) : 405-414; J. Ruiz et coll., « Prevalence of HIV infection, sexually transmitted diseases, and hepatitis and related risk behavior in young women living in low-income neighbourhoods of northern California », *Western Journal of Medicine*, 2000, 172 (juin) : 368-372; M. Schechter et coll., « Higher socioeconomic status is associated with slower progression of HIV infection independent of access to health care », *Journal of Clinical Epidemiology*, 1994, 47(1) : 59-67; R.S. Hogg et coll., « Lower socio-economic status and shorter survival following HIVinfection », *Lancet*, 1994; 344(8930) : 1120-1124; M.K. Baum et coll., « HIV-1 infection is associated with severe nutritional deficiencies », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1997, 16(4) : 272-278; E. Wood et coll., « Socioeconomic status, access to triple therapy, and survival from HIV-disease since 1996 », *AIDS*, 2002, 16(1) : 2065-2072; E. Wood et coll., « Prevalence and correlates of untreated human immunodeficiency virus type-1 infection among persons who have died in the era of modern antiretroviral therapy », *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 188(8) : 1164-1170.

20 Voir, p. ex., J. Leech, « Un sondage met au jour des violations de droits humains en Alberta », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 27. Pour les résultats du sondage, voir www.aidsalgary.org/programs/humanRightsQuestion.shtml.

21 Voir, p. ex., *Gender Mainstreaming in HIV/AIDS: Taking a Multisectoral Approach*, Londres, Commonwealth Secretariat et Maritime Centre of Excellence for Women's Health, 2002 : 26-37.

22 Le terme « trans » réfère aux personnes qui transgressent les normes de genre sexuel, par la façon dont elles s'habillent, se comportent ou évoluent dans la société. Il englobe les personnes transgenre et transsexuelles. Pour plus d'information sur le langage propre aux personnes trans, voir *The Toronto Trans and 2-Spirit Primer: An Introduction to Lower-income, Sex-working and Street-involved Transgendered, Transsexual & 2-Spirit Service Users in Toronto*, Toronto, Trans Programming at the 519, mis à jour le 19 avril 2004 : 6 (accessible via www.the519.org).

23 « Bispirituel » est un terme autochtone désignant certaines personnes des Premières Nations qui s'identifient comme ayant une attraction et un désir sexuel pour des personnes du même sexe. Traditionnellement, les personnes bispirituelles étaient considérées comme des visionnaires et guérisseurs, et ayant à la fois un esprit masculin et féminin. Pour plus d'information, voir G. Deschamps, *We are part of a tradition: a guide on two-spirited people for First Nations communities*, Toronto, 2-Spirited People of the 1st Nations, 1998.

24 Voir, p. ex., Banks, *supra*, note 14.

25 Voir, p. ex., S.J. Ship, L. Norton, « HIV/AIDS and Aboriginal women in Canada », dans C. Amaratunga, J. Gahagan (éds), *Striking to the Heart of the Matter: Selected Readings on Gender and HIV*, Halifax, Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes, 2002 : 47-63; C. Neron, R. Roffey, « HIV, sexual violence and Aboriginal women », *Native Social Work Journal*, 2000, 3(1) : 57-72.

26 Voir, p. ex., *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1994; R. Jürgens, *VIH/sida et prisons : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996; R. Lines, *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002 (accessible via www.aidslaw.ca); A.M. DiCenso et coll., *Ouvrir notre avenir – Une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C*, Toronto, Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida, 2003.

27 Voir, p. ex., Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection*

de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999 (accessible via www.aidslaw.ca); S. Allinott et coll., *Voices for Dignity: A Call to End the Harms Caused by Canada's Sex Trade Law*, Vancouver, Pivot Legal Society, sans date (www.pivotlegal.org/sextradereport/1short2.pdf).

28 *Supra*, note 4, par. 37.

29 Haut commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales*, Deuxième consultation internationale sur le VIH/sida et les droits de l'homme, Genève, 23-25 septembre 1996, New York et Genève, Nations Unies, 1998 (www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc520-humanrights_fr_pdf.pdf).

30 *Observation générale 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, adoptée le 11 mai 2000, UN Doc E/C 12/2000/4.

31 Voir les résolutions E/CN.4/RES/2001/33, E/CN.4/RES/2002/31 et E/CN.4/RES/2002/32.

32 Haut commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales : Directive 6 révisée*, Troisième consultation internationale sur le VIH/sida et les droits de l'homme, Genève, 25-26 juillet 2002, New York et Genève, Nations Unies, 2002 (www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc905-guideline6_fr_pdf.pdf).

33 Pour plus de détails sur la section qui suit, voir le Guide de la Charte canadienne des droits et libertés (www.pch.gc.ca/progs/pdp-hrp/canada/guide/overview_f.cfm).

34 Voir J. Fisher et coll., *Questions juridiques concernant les gais et lesbiennes dans le contexte du VIH/sida : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1998, p. 66-72 (accessible via www.aidslaw.ca).

35 *R c. Oakes*, [1986] 1 R.C.S. 103.

36 Jürgens, *supra*, note 26, p. 90-95.

37 *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, L.C. 1992, c. 20, art. 4(e).

38 Commission canadienne des droits de la personne, *Protégeons leurs droits : Examen systémique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral*, Ottawa, la Commission, 2003, chapitre 3 (accessible via www.chrc-ccdp.ca).

39 *Sauvé c. Canada (Directeur général des élections)*, [2002] 3 R.C.S. 519.

40 Jürgens, *supra*, note 26, p. 94.

41 *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, *supra*, note 37, art. 86.

42 Service correctionnel du Canada, *Directive du Commissaire n°800 – Services de santé*, 22 décembre 1997.

43 DiCenso et coll., *supra*, note 26; Lines, *supra*, note 26.

44 « VIH/sida en prison : autres développements », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(1) : 17-22.

45 DiCenso et coll., *supra*, note 26.

46 A.M. DiCenso, « Le VIH derrière les barreaux », *Bulletin d'information du Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements*, 2003, 5(1) : 1-3.

47 R. Lines, « Un décès met en lumière le traitement de détenus vivant avec le VIH/sida », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1998, 3(4)/4(1) : 31-33; G. Betteridge, « Enquête sur la mort d'un détenu co-infecté par le VIH et le VHC – Combien d'autres encore? », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 74-78.

48 « Le VIH/sida en prison : nouveaux développements », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 14-15; « VIH/sida en prison : autres développements », *supra*, note 44.

49 Commission canadienne des droits de la personne, *supra*, note 38, p. 41. Voir aussi R. Jürgens, « La Commission canadienne des droits de la personne recommande des programmes d'échange de seringues en prison », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2004, 9(1) : 52-53.

50 Guide de la Charte canadienne des droits et libertés, *supra*, note 33.

51 Voir W.S. Tarnopolsky et coll., *Discrimination and the Law in Canada*, 5^e édition, Toronto, Richard De Boo, 1997.

- 52** Les exemples suivants sont tirés du feuillet d'information *Know Your Rights: AIDS and AIDS-Related Illness and the Human Rights Code*, de la Commission ontarienne des droits de la personne.
- 53** « The Equality Project », *Ellipse: The Newsletter of AIDS Calgary Awareness Association*, 2003, 4(6) : 3 (accessible via www.aidscalgary.org/news/newsletter.shtml).
- 54** Commission ontarienne des droits de la personne, *Une approche intersectionnelle de la discrimination pour traiter les plaintes relatives aux droits de la personne fondées sur des motifs multiples*, Commission ontarienne des droits de la personne, 2001, p. 8-13.
- 55** *Canada (Procureur général) c. Mossop*, [1993] 1 R.C.S. 554, par. 53-54.
- 56** Commission ontarienne des droits de la personne, *supra*, note 54, p. 3.
- 57** *Ibid.*, p. 5.
- 58** *Ibid.*
- 59** Déclaration et Programme d'action de Vienne, *supra*, note 18, par. 5 (Partie I).
- 60** Aggleton et Parker, *supra*, note 7, à la p. 20.
- 61** *Supra*, note 4, à la p. 13.
- 62** Le texte de la Déclaration, en anglais, est accessible à www.bmaids.demon.co.uk/pubs/paris.htm#top.
- 63** *Supra*, note 29, à la p. 12.
- 64** *Ensemble nous pouvons jouer un rôle de premier plan : Plan d'action sur le VIH/sida pour l'ensemble du Canada 2004-2008*, ébauche pour consultation, novembre 2003, p. 4. (www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/orientations/pdf/strategic_plan.pdf).
- 65** *Ibid.*
- 66** *Ibid.*, aux p. 22-24.
- 67** Associés de recherche Ekos, *supra*, note 9. Un compte-rendu des résultats de l'étude est accessible à www.hc-sc.gc.ca/hppb/hiv_aids/pdf/execsum_f.pdf. Pour le rapport complet, communiquer avec Santé Canada. La section qui suit est tirée de T. de Bruyn, D. Garmaise, « Un sondage dévoile les connaissances et attitudes des Canadiens à l'égard du VIH/sida », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(3) : 34-35.
- 68** Associés de recherche Ekos, *supra*, note 9, p. 47-51.
- 69** En revanche, aux États-Unis, des sondages des années 1990 ont révélé que plus d'un répondant sur quatre blâmait les personnes qui ont contracté le VIH par voie sexuelle ou par l'usage de drogue. Voir Herek et coll., *supra*, note 11.
- 70** Cette proportion est un peu moins élevée qu'aux États-Unis. Voir Herek, *ibid.*, p. 372.
- 71** Cette proportion est beaucoup moins élevée qu'aux États-Unis, où près de 70% des gens seraient assez ou très à l'aise dans ce contexte. Voir Herek, *ibid.*, p. 373.
- 72** Associés de recherche Ekos, *supra*, note 9, p. 51-54.
- 73** *Ibid.*, p. 47-51.
- 74** V. Leane et coll., Sondage « Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH dans la population générale du Québec », Institut national de santé publique du Québec, 2003, p. 14-15.
- 75** Tiré de « Ne te laisse pas faire! Vivre avec le VIH en milieu rural », *Info sidaction : Journal d'information en matière de VIH*, 2003, 4(2) : 14-15.
- 76** Voir *supra*, note 11.
- 77** Leane et coll., *supra*, note 74, p. 9, 14-16.
- 78** A. Handa, A. Negash, *HIV Endemic Task Force: Report on Phase Two of Community Consultation*, avril 2003, p. 20-22 (http://hiv-cbr.net/files/1055875480/HETF_Phase2Report.pdf).
- 79** S. Kellington et coll., *Listen Up! Women are Talking About... The social determinants of women's risk for HIV infection and illness progression in lower mainland British Columbia*, Vancouver, Positive Women's Network, 1999, p. 40-41.
- 80** Herek et coll., *supra*, note 11.
- 81** L. Brown et coll., *Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned?*, Washington, Population Council, 2002, p. 9-11 (www.popcouncil.org/pdfs/horizons/litrwstgdisc.pdf).
- 82** *Ibid.*, p. 15; Aggleton et Parker, *supra*, note 7, p. 14-15.
- 83** J. Stein, *HIV/AIDS and the Media: A Literature Review*, Johannesburg, Centre for AIDS Development, Research and Evaluation (Cadre), 2001, p. 5 (accessible via www.cadre.org.za).
- 84** H. Stuart, « Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution », *Santé mentale au Québec*, 2003, 18(1) : 54-72.
- 85** L. Bolinger, « Literature Review of General and HIV-related Stigma », Cape Town, POLICY Project, 2002, cité dans *Siyam'kela. HIV/AIDS-related stigma: A literature review*, Cape Town, POLICY Project, sans date, p. 8 (accessible via www.policyproject.com).
- 86** Stein, *supra*, note 83, p. 6-7; M. Brodie, E. Hamel, L.A. Brady, J. Kates, D.E. Altman, « AIDS at 21: media coverage of the HIV epidemic 1981-2002 », *Columbia Journalism Review*, 2004, 2.
- 87** *Siyam'kela. HIV/AIDS-related stigma: A literature review*, *supra*, note 85; K. Wright, « AIDS: hidden in plain sight », *Columbia Journalism Review*, 2004, 2.
- 88** Stein, *supra*, note 83, p. 7.
- 89** *Ibid.*
- 90** Alliance for South Asian AIDS Prevention, *Discrimination and HIV/AIDS in South Asian Communities: Legal, Ethical and Human Rights Challenges. An Ethnocultural Perspective*, Toronto, Alliance for South Asian AIDS Prevention, 1999, p. 12-15; W. Lau et coll., *Legal, Ethical and Human Rights Issues Facing East and Southeast Asian-Canadians in Accessing HIV/AIDS Services in Canada*, Toronto, Asian Community AIDS Services, 1999, p. 27-29; HIV Endemic Task Force, *Complete Report of the Community Forum "For Us, By Us, About Us": An Opportunity for African and Caribbean Communities to Address the Issue of HIV/AIDS Related to Stigma and Denial*, Toronto, la Task Force, 2001, p. 12.
- 91** R. Cain et coll., « Disclosing HIV to others: stigma and everyday interactional work », 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, 10-13 avril 2003, abrégé 268, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2003, 14 (Suppl A) : 62A; J.A. Petrak et coll., « Factors associated with self-disclosure of HIV serostatus to significant others », *British Journal of Health Psychology*, 2001, 6 : 69-79.
- 92** S. Roberts, communication no 2 à la liste internationale de discussion électronique sur l'auto-stigmatisation et le VIH/sida, 3 décembre 2003.
- 93** M. Miric, communications no 9 et 10 à la liste internationale de discussion électronique sur l'auto-stigmatisation et le VIH/sida, 9 décembre 2003.
- 94** R.S. Lee et coll., « Internalized stigma among people living with HIV/AIDS », *AIDS and Behavior*, 2002, 6(4) : 309-319; Y.S. Song, K.M. Ingram, « Unsupportive social interactions, availability of social support, and coping: their relationship to mood disturbance among African Americans living with HIV », *Journal of Social and Personal Relationships*, 2002, 19(1) : 67-85.
- 95** Song et Ingram, *supra*, note 94; K.M. Ingram et coll., « Social support and unsupportive interactions: their association with depression among people living with HIV », *AIDS Care*, 1999, 11(3) : 313-329; M.F. Schmitz, S. Crystal, « Social relations, coping, and psychological distress among persons with HIV/AIDS », *Journal of Applied Social Psychology*, 2000, 30(4) : 665-685.
- 96** M.A. Chesney, A.W. Smith, « Critical delays in HIV testing and care », *American Behavioral Scientist*, 1999, 42(7) : 1162-1174, à la p. 1163; J.D. Fortenberry et coll., « Relationship of stigma and shame to gonorrhea and HIV screening », *American Journal of Public Health*, 2002, 92(3) : 378-381.
- 97** Chesney et Smith, *supra*, note 96, p. 1165; T.G. Heckman et coll., « Barriers to care among persons living with HIV/AIDS in urban and rural areas », *AIDS Care*, 1998, 10(3) : 365-375.
- 98** Handa et Negash, *supra*, note 78, p. 23.
- 99** Heckman et coll., *supra*, note 97.
- 100** K. Meursing, F. Sibindi, « HIV counselling – a luxury or necessity? », *Health Policy and Planning*, 2000, 15(1) : 17-23; M.R. Eichler et coll., « The effectiveness of HIV post-test counselling in determining healthcare-seeking behavior », *AIDS*, 2002, 16(6) : 943-945.
- 101** Health & Development Networks Moderation Team, au lancement de la liste internationale de discussion électronique sur l'auto-stigmatisation et le VIH/sida, 1er décembre 2003.
- 102** F. Minandi, « Je n'ai pas de montre, mais je n'ai oublié aucune dose », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(2/3) : 107-109.

103 J. Price, communication no 8 à la liste internationale de discussion électronique sur l'auto-stigmatisation et le VIH/sida, 9 décembre 2003.

104 *Ibid.*

105 D.E. Brashers et coll., « Social activism, self-advocacy, and coping with HIV illness », *Journal of Social and Personal Relationships*, 2002, 19(1) : 113-133.

106 Voir C. Cornu, « Vers une implication plus significative des personnes vivant avec le VIH/sida », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(2/3) : 118-121.

107 S. Paxton, « The paradox of public HIV disclosure », *AIDS Care*, 2002, 14(4) : 559-567.

108 Service correctionnel du Canada, *Rapport final : Le projet-pilote national PAS d'éducation par les pairs en matière de SIDA auprès des détenus*, Ottawa, le SCC, 1996.

109 J.K. Barlow et coll., J.K. Barlow, J. Serkiz, A. Fulton, *Cercles des gardiens du savoir*, Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2001. Un programme national de formation pour des pairs éducateurs autochtones en prison, préparé par le Réseau canadien autochtone du sida, pour le Service correctionnel du Canada. (Accessible en anglais via www.linkup-connexion.ca/catalog/index.cfm?fuseaction=viewProducts&SubExpandList=&ExpandList=9).

110 Pour plus d'information : www.artsweb.mcgill.ca/programs/cafs/community.htm.

111 T. Kerr et coll., *Répondre à l'urgence par l'éducation, l'action sociale et les services communautaires : Portrait d'un organisme dirigé par des utilisateurs de drogue – Étude de cas du VANDU (Réseau des utilisateurs de drogue de la région de Vancouver)*, Ottawa, Santé Canada, 2001 (www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatite_c/pdf/etudeVandu/index.html).

112 C. Marshall, M. Wynn, *Evaluation of Direction 180 – Low Threshold Methadone Program Phase II (2003-03)*, Marshall Consulting & Associates, 31 mars 2003.

113 Pour plus d'information : www.whiwh.com/who.htm.

114 K. Naucklaus, M. Cook, *Report on the 13th Annual International Two-spirit Gathering*, 10 septembre 2001; *Return to the Spirit: Building Health Attitudes in Families and Commu-*

nities. Final Report, 14th Annual Two-spirit Peoples Gathering, Morley, Alberta, août 2002; *Transforming Generations. Final Report*, 15th Annual Two-spirit Gathering, Geneva Park – Mnjikaning, Ontario, 20-25 juillet 2003.

115 *Rapport de la rencontre sur les orientations de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, 29 octobre au 1^{er} novembre, 2000, Gray Rocks Inn, Mont Tremblant, Québec*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001, à la p. 40.

116 *Ibid.*, p. 41.

117 *Ibid.*, p. 42.

118 *Procès verbal – Stratégie canadienne sur le VIH/sida : Rencontre sur le suivi des orientations, 14-16 avril 2002, Montréal, Québec*, Ottawa, ministre des Travaux publics et services gouvernementaux, 2002, p. 23.

119 *Leading Together*, *supra*, note 64, à la p. 14.

120 *Ibid.*, aux p. 22-24 et 39-41.

(*) N.d.t. Dans la version anglaise de ce document, on lit « to be responsive », qui inclut non seulement d'être « réceptives », mais aussi de « s'adapter ».

121 *Ibid.*, à la p. 41.

122 Handa et Negash, *supra*, note 78, p. 42.

123 T. de Bruyn, *Accroître la capacité de s'attaquer aux questions juridiques, éthiques et de droits de la personne liées au VIH/sida au Canada*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2000 (www.aidslaw.ca/Maincontent/internaldocs/capacity-e.html).

124 *Ibid.*

125 Commentaire de J. Leech, Equality Project, AIDS Calgary.

126 The Equality Project, *supra*, note 53.

127 Leech, *supra*, note 20.

128 L.R.C. 1985, c. H-6. Voir aussi S. Matiation, *La discrimination, le VIH/sida et les autochtones : un document de travail*, 2^e édition, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et

Réseau canadien autochtone du sida, 1999; Commission canadienne des droits de la personne, *Mémoire de la Commission canadienne des droits de la personne au Comité permanent de la Chambre des communes sur les affaires autochtones, du développement du grand nord et des ressources naturelles*, 28 janvier 2003 (www.chrc-ccdp.ca/legislation_policies/submission-fr.asp?lang_update=1).

129 Voir A. Klein, *Immigration et VIH/sida : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001, p. 53-59 (accessible via www.aidslaw.ca).

130 Pour plus d'information sur la Société juridique Pivot, voir www.pivotlegal.org.

131 B. Bell, *Questions juridiques, éthiques et de droits de la personne soulevées par le VIH/sida – Où se dirige-t-on à partir d'ici ? Planification pour 1998-2003*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999, p. 44 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docinternes/planification/f-tofc.htm).

132 de Bruyn, *Accroître la capacité*, *supra*, note 123.

133 *Ibid.*

134 C.L. Chewter, R. Hartleib (éds), *Understanding the Law: A Guide for Women in Nova Scotia*, 4^e éd., Halifax, Nova Scotia Association of Women and the Law, 2002, p. 9.

135 Voir, p. ex., Vérificateur général du Canada, « La Commission canadienne des droits de la personne et le Tribunal canadien des droits de la personne », dans *Rapport du vérificateur général du Canada*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1998, via www.oag-bvg.gc.ca; Comité d'examen de la Loi canadienne des droits de la personne, *La promotion de l'égalité : une nouvelle vision* (rapport LaForest), Ottawa, ministère de la Justice, 2000 (<http://canada.justice.gc.ca/chra/fr/>); K. Ruff, « A Critical Survey of Human Rights Acts and Commissions in Canada », dans W. Tarnopolsky et coll. (éd.), *Discrimination in the Law and the Administration of Justice*, Montréal, Éditions Thémis, 1993, p. 23-37; R.B. Howe, D. Johnson, *Restraining Equality: Human Rights Commissions in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2000, p. 135-149.

136 Ce sommaire puise dans une recherche réalisée par E. Gazurek en 2003 pour le Réseau juridique canadien VIH/sida.

137 Commission canadienne des droits de la personne, *Politique relative au syndrome d'immunodéficience acquise*, juin 1996

(www.chrc-ccdp.ca/legislation_policies/aids-fr.asp); Commission des droits de la personne du Manitoba, *Feuille de renseignements : Prohibition de la discrimination à l'égard des personnes atteintes du virus du SIDA*, 1998 (www.gov.mb.ca/hrc/francais/publications/feuilles/aids-fr.html); Commission ontarienne des droits de la personne, *Politique concernant la discrimination liée au VIH et au sida*, 1996 (via www.ohrc.on.ca/french/publications/index.shtml); H. Wolde-Giorgh, *La Prévention de la Discrimination contre les Personnes Atteintes du VIH/SIDA et la Protection de leurs Droits au Québec*, Québec, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 1995 (accessible via www.cdpcj.qc.ca); Commission des droits de la personne du New Brunswick, *Critères généraux relatifs à l'accueil de plaintes de discrimination fondée sur l'infection par le VIH/sida*, 1997 (www.gnb.ca/hrc-cdp/f/sgsida.htm).

138 Commission canadienne des droits de la personne, *Politique sur le dépistage des drogues et de l'alcool*, 2002 (via www.chrc-ccdp.ca); Alberta Human Rights and Citizenship Commission, *Information Sheet: Drug and Alcohol Testing*, juin 2003 (via www.albertahumanrights.ab.ca); Saskatchewan Human Rights Commission, *Policy Statement on Drug and Alcohol Testing*, novembre 2000 (via www.gov.sk.ca/shrc); Prince Edward Island Human Rights Commission, *Your Rights: Addictions and Alcohol/Drug Testing*, 2001 (via www.gov.pe.ca/humanrights).

139 Alberta Human Rights and Citizenship Commission, *Information Sheet: Sexual Orientation*, octobre 2002 (via www.albertahumanrights.ab.ca); Commission des droits de la personne du Manitoba, *Feuille de renseignements : Prohibition de la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle* (via www.gov.mb.ca/hrc); Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, divers documents (via www.cdpcj.qc.ca); Commission ontarienne des droits de la personne, *Politique concernant la discrimination et le harcèlement fondés sur l'orientation sexuelle* (via www.ohrc.on.ca); Prince Edward Island Human Rights Commission, *Your Rights: Sexual Orientation*, 2001 (via www.gov.pe.ca/humanrights).

140 Commission ontarienne des droits de la personne, *Politique sur la discrimination et le harcèlement en raison de l'identité sexuelle*, 2000 (via www.ohrc.on.ca). Voir aussi *Vancouver Rape Relief Society v British Columbia (Human Rights Commission) et al* [2000] BCJ No 1143 (QL), où le j. Davies de la Cour suprême de la Colombie-Britannique, dans l'audition d'une motion visant le rejet d'une plainte en cours devant le tribunal des droits de la personne, a accepté (au par. 59) que « l'interdiction de discrimination fondée sur le « sexe » dans le ... Code inclut l'interdiction fondée sur la *transsexualité* » [trad.] – terme que le

juge utilise de manière interchangeable avec un autre terme, *identité sexuelle*. Le tribunal, qui s'est prononcé sur la plainte de Mme Nixon, a accepté comme « l'évidence même » l'affirmation que « une plainte de discrimination en vertu du Code, au motif du sexe, s'étend à l'interdiction de la discrimination fondée sur la transsexualité » [trad.] : *Nixon v Vancouver Rape Relief Society* [2002] BCHRTD No 1 (QL). La décision du Tribunal à l'effet que Mme Nixon avait subi de la discrimination a été renversée, pour d'autres motifs, lors d'une révision judiciaire : *Vancouver Rape Relief Society v Nixon* [2003] BCJ No 2899 (BCSC) (QL).

141 Alberta Human Rights and Citizenship Commission, *Information Sheet: Source of Income*, 2002 (via www.alberta-humanrights.ab.ca); Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, divers documents concernant la pauvreté (via www.cdpcj.qc.ca); Prince Edward Island Human Rights Commission, *Your Rights: Source of Income*, 2001 (via www.gov.pe.ca/humanrights).

142 Martin Spigelman Research Associates, *Devancer l'épidémie du VIH/sida : Le rôle du gouvernement fédéral dans la Stratégie canadienne sur le VIH/sida 1998-2003* [3], juin 2003, p. 8.

143 T. Trussler et coll., *Sex Now by the Numbers: A Statistical Guide to Health Planning for Gay Men*, Vancouver, Community-Based Research Centre, 2003, p. 61-66 (www.sexnowsurvey.com).

144 Voir, par exemple, G. Kirby, « Safer Sex Now: survey finds education needed », *Xtra! West*, 8 janvier 2004.

145 Voir T. Kerr, « Le premier lieu sécuritaire pour l'injection en Amérique s'ouvre à Vancouver », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(3) : 26-27; T. Kerr, « Injection supervisée : Santé Canada approuve des projets pilotes à Vancouver, mais des préoccupations demeurent », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(2) : 19-21; R. Elliott et coll., *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002.

146 Voir, par exemple, Handa et Negash, *supra*, note 78, p. 44-45.

147 Voir, par exemple, *The Toronto Trans and 2-Spirit Primer*, *supra*, note 22, p. 22-23.

148 Handa et Negash, *supra*, note 78, p. 22.

149 Kirby, *supra*, note 144.

150 *Ensemble, nous pouvons jouer un rôle de premier plan*, *supra*, note 64, p. 40-41.

151 *Ibid.*, p. 23.

152 Voir, p. ex L. McCoy, « Dealing with doctors », dans M. Bresalier et coll., *Making Care Visible: Antiretroviral Therapy and the Health Work of People Living with HIV/AIDS*, Toronto, Making Care Visible Working Group, 2002, 1-36, aux p. 28-36 (available via <http://hiv-cbr.net>).

153 *Ibid.*, à la p. 29.

154 *Ibid.*, aux p. 12, 25-26.

155 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, UN Doc. E/C.12/2000/4 (2000), cité dans *25 Questions Réponses sur la santé et les droits humains*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002, p. 10 (www.who.int/hr/activities/en/Q&A%20final%20version%20French.pdf).

156 *Ibid.*, p. 11.

157 *Ibid.*, p. 11-28

158 *Ibid.*, p. 28-36; D. Guenter et coll., « People living with HIV/AIDS and their physicians: how the two work together », 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, 10-13 avril 2003, abrégé 152. *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2003; 14 (Suppl A) : 26A.

159 Voir les données du questionnaire, dans Leech, *supra*, note 20.

160 Handa et Negash, *supra*, note 78, p. 36.

161 Wood et coll., Socioeconomic status, *supra*, note 19.

162 Wood et coll., Prevalence and correlates, *supra*, note 19.

163 *Ibid.*, p. 1169.

164 Voir S. Ratman, T. Myers, *Community Perspectives on HIV Research and Programs in Aboriginal Communities of Coastal Labrador: A research needs assessment and feasibility study*, 2000, p. 22-25 (<http://hiv-cbr.net/files/1058291321/Labrador-Study.pdf>); S. Matiation, *Le test de sérodiagnostic du VIH et la*

confidentialité : questions concernant la communauté autochtone, 2^e édition, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1999.

165 Voir I. Goldstone et coll., « HIV and injection drug use among First Nations in Vancouver: outcomes of care and neglect », *Native Social Work Journal*, 2000, 3(1) : 145-163, aux p. 155-157; Ship et Norton, « HIV/AIDS and Aboriginal women in Canada », *supra*, note 25, p. 48-53.

166 Goldstone et coll., *supra*, note 165; Wood et coll., « Prevalence and correlates », *supra*, note 19.

167 S.J. Ship, L. Norton, « 'It's hard to be a woman!' : First Nations women living with HIV/AIDS », *Native Social Work Journal*, 2000, 3 : 73-89, à la p. 84.

168 Le sommaire qui suit puise dans : B. Ryan et coll., *Access to Care: Exploring the Health and Well-Being of Gay, Lesbian, Bisexual, and Two-spirit People in Canada: Executive Summary*, Montréal, Centre d'études appliquées sur la famille, Université McGill, 2000; et Banks, *supra*, note 14.

169 Trussler et coll., *supra*, note 143, aux p. 68-69.

170 Ce qui suit est basé en partie sur une déclaration de S. Teclom et E. Tharao, de la Women's Health in Women's Hands Community Health Clinic, partant de leur implication auprès du HIV Endemic Task Force et de deux autres études.

171 *Ibid.*, p. 36.

172 Handa et Negash, *supra*, note 78, p. 22.

173 *Ibid.*, p. 35.

174 *Ibid.*, p. 36.

175 Teclom et Tharao, *supra*, note 170.

176 Handa et Negash, *supra*, note 78, p. 37.

177 Ce qui suit est basé en partie sur une déclaration de W. Cavalieri, de l'Université de Toronto, partant de recherches qualitatives et ethnographiques effectuées depuis trois ans avec la participation de l'Unité d'études sociales, comportementales et épidémiologiques sur le VIH, Faculté de médecine, Université de Toronto, ainsi que d'entretiens personnels détaillés avec des personnes qui utilisent ou ont utilisé des drogues illégales.

178 Voir aussi Marshall et Wynn, *supra*, note 112, p. 11-12.

179 McCoy, *supra*, note 152, p. 25-26; Wood et coll., « Socio-economic status », *supra*, note 19; Wood et coll., « Prevalence and correlates », *supra*, note 19.

180 A. Reinhart, « Her life on the street is dodging death », *Globe and Mail*, 13 avril 2004, A11.

181 Marshall et Wynn, *supra*, note 112, p. 12-13.

182 Les références pertinentes au prochain paragraphe sont énumérées dans l'encadré « Les droits des détenus vivant avec le VIH/sida », dans la partie sur la Protection juridique contre la discrimination au Canada.

183 Chatty CATIE, *The Positive Side*, 2002, 6(1) : 7.

184 Le sommaire qui suit puise dans *The Toronto Trans and 2-Spirit Primer*, *supra*, note 22, aux p. 8-9, 18-23.

185 Ce qui suit est basé en partie sur une déclaration de M. Summers et B. Barrett, Positive Women's Network, partant du projet Listen UPI, un projet de recherche communautaire par les pairs, portant sur les déterminants de la santé parmi les femmes vulnérables au VIH en C.-B.

186 L. Leonard et coll., « HIV counselling and testing among pregnant women in Canada: best practices », in C. Amaratunga, J. Gahagan (éds), *Striking to the Heart of the Matter: Selected Readings on Gender and HIV*, Halifax, Atlantic Centre of Excellence for Women's Health, 2002, 65-86, aux p. 67-68; D. Guenter, J. Kaczorowski, J. Carroll, J. Sellors, « Prenatal HIV tests. Routine testing or informed choice? », (2003) *Canadian Family Physician*, 49 :1334-40; D. Guenter, J. Carroll, J. Kaczorowski, J. Sellors, « Prenatal HIV testing in Ontario: knowledge, attitudes and practices of prenatal care providers in a province with low testing rates », (2003) *Revue canadienne de santé publique*, 94(2) : 93-7; L. Leonard, L. Shap, « Un autre type de risque? – L'expérience du test du VIH chez les femmes enceintes », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 5(1) :24-28.

187 Wood et coll., « Prevalence and correlates », *supra*, note 19.

188 Handa et Negash, *supra*, note 78, p. 36.

189 *Ensemble, nous pouvons jouer un rôle de premier plan*, *supra*, note 64, aux p. 36-38.

- 190** Ryan et coll., *supra*, note 168.
- 191** DiCenso et coll., *supra*, note 26.
- 192** Lines, *supra*, note 26.
- 193** Leech, *supra*, note 20.
- 194** AIDS Calgary Awareness Association, *Human Rights Fact Sheet #6: Housing and HIV/AIDS*.
- 195** Voir les données du questionnaire de Leech, *supra*, note 20.
- 196** Entrevues avec G. Goertz, 28 février 2003; T. Quandt, 5 mars 2003; B. McIntyre, 14 mars 2003.
- 197** S. Brogly et coll., « Quality of life and public health program use of Montreal cocaine and heroin injection drug users », 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, 10-13 avril 2003, abrégé 218, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2003, 14 (Suppl. A) : 47A.
- 198** *Ibid.*, K.J.P. Craib et coll., « Risk factors for elevated HIV incidence among Aboriginal injection drug users in Vancouver », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2003, 168(1) : 19-24, à la p. 21; P.M. Spittal et coll., « Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2002, 166(7) : 894-899, à la p. 896.
- 199** AIDS Calgary Awareness Association, *supra*, note 194.
- 200** *Ibid.*
- 201** A.M. Cheung, S.W. Hwang, « Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2004, 170(8) : 1243-1247.
- 202** S.W. Hwang, « Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario », *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283(16) : 2152-2157.
- 203** Cheung et Hwang, *supra*, note 195, p. 1245.
- 204** S. Manson Willms et coll., *Choice, Voice and Dignity: Housing Issues and Options for Persons with HIV Infection in Canada. A National Study*, Vancouver, Centre for Human Settlements, University of British Columbia, 1991, p. 17-25.
- 205** P. Millson et coll., « Gender, injection drug use and HIV risk in Ontario, Canada », dans C. Amaratunga, J. Gahagan (éds), *Striking to the Heart of the Matter: Selected Readings on Gender and HIV*, Halifax, Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes, 2002, 35-46, à la p. 35.
- 206** Kellington et coll., *supra*, note 79, p. 13.
- 207** La partie qui suit puise dans une ébauche de rapport de A. Dubiniecki, intitulée *HIV/AIDS, Disability, and Income Security. Draft Report*, Réseau juridique canadien VIH/sida, janvier 2003. Une version finale de ce rapport est prévue en 2005 et sera disponible via www.aidslaw.ca.
- 208** Voir, par exemple, A. Long, M. Goldberg, *Falling Further Behind: A Comparison of Living Costs and Employment and Assistance Rates in British Columbia*, Vancouver, SPARC BC, 2002 (www.sparc.bc.ca/research/falling_further_behind.pdf).
- 209** Kellington et coll., *supra*, note 79, p. 17.
- 210** Long et Goldberg, *supra*, note 208, p. ii.
- 211** C. Worthington et coll., « Rehabilitation and HIV: development of an expanded conceptual framework », 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, 10-13 avril 2003, abrégé 310P, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2003, 14 (Suppl. A) : 74A-75A.
- 212** M. Rusch et coll., « Disability among people living with HIV in British Columbia: the unacknowledged epidemic », 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, 10-13 avril 2003, abrégé 179aP, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2003, 14 (Suppl. A) : 34A.
- 213** *Force de renouveau – Participation des personnes atteintes du VIH-sida au marché du travail*, Ottawa, Société canadienne du sida, 1998, p. 47.
- 214** T. Quandt, « C.-B. – Nouvelle prestation d'aide sociale, abolition d'autres prestations », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 41-42.
- 215** M. Gatali et coll., « Trends in AIDS mortality in Canada: views from three perspectives », 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, 10-13 avril 2003, abrégé 237P, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2003, 14 (Suppl. A) : 52A; D.R. Burdge et coll., « A review of mortality in an HIV cohort in British Columbia from 1994 to 2002 », 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, 10-13 avril 2003, abrégé 238P, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2003, 14 (Suppl. A) : 53A.
- 216** C. Jaggy et coll., « Mortality in the Swiss Cohort Study (SHCS) and the Swiss general population », *Lancet*, 2003, 362(9387): 877-878.
- 217** Société canadienne du sida et Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale, *Le VIH comme maladie épisodique : réviser le Programme RPC-I. Mémoire préparé à l'intention du Sous-comité de la condition des personnes handicapées*, février 2003 (accessible via www.cdnaids.ca). Voir aussi P. Proctor, *Au-delà des veillées : Questions relatives à l'incapacité dans le contexte du VIH et autres états épisodiques se poursuivant toute la vie*, Toronto, Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale, 31 mai 2002 (accessible via www.hivand rehab.ca).
- 218** *Force de renouveau*, *supra*, note 213.
- 219** *Ibid.*, p. 44, 48-49.
- 220** Leech, *supra*, note 20.
- 221** AIDS Calgary Awareness Association, *Human Rights Fact Sheet #5: Employment and HIV/AIDS* (février 2004).
- 222** C. Vézina, « Le sida en milieu de travail : un programme toujours pertinent », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 9(1) : 27-28. Pour information : christine.vezina@cocqsida.com.
- 223** Commission canadienne des droits de la personne, *Politique relative au Syndrome d'immuno-déficience acquise*, 1996 (www.chrc-ccdp.ca/legislation_policies/aids-fr.asp?lang_update=1).
- 224** *Ibid.*
- 225** Ce passage est tiré de D. Garmaise, « Québec – Torrent de stigmatisation et de discrimination liés au VIH/sida », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2004, 9(1) : 16-22.
- 226** D. Parkes, « Catholic seminary to screen for HIV », *Gazette [de Montréal]*, 10 janvier 2004.
- 227** *Ibid.*
- 228** Diocèse de Montréal, « L'Archevêché de Montréal poursuit sa réflexion mais exclut l'imposition d'un test du VIH », communiqué de presse, 16 février 2004 (accessible via <http://diocesemontreal.org/accueil/langues/>).
- 229** Voir Garmaise, *supra*, note 225.
- 230** « New Montreal police recruits will be tested for HIV after March 1 », *Presse canadienne*, 24 janvier 2004.
- 231** I. Block, « Montreal police alone in HIV test », *Gazette [de Montréal]*, 29 janvier 2004.
- 232** Réseau juridique canadien VIH/sida et Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida), « Les organismes de lutte contre le sida et de défense des droits mettent en garde contre les tests du VIH mus par l'ignorance et les préjugés », communiqué de presse, 26 janvier 2004 (www.aidslaw.ca/francais/medias/communiqués/f-comm-26janv04.htm); S. Banerjee, « City's ban on HIV-positive cops disputed », *Gazette [de Montréal]*, 28 janvier 2004.
- 233** Voir T. de Bruyn, *L'administration de tests aux personnes que l'on croit être la source d'une exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH : Étude générale*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001; R. Jürgens, *Test de séro-diagnostic et confidentialité : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1998, p. 207-217.
- 234** Voir Garmaise, *supra*, note 225, p. 18-20.
- 235** P. Ray, « Montreal Ste-Justine Children's Hospital will test 2,614 patients for HIV », *Presse canadienne*, 22 janvier 2004.
- 236** *Ibid.*
- 237** Association médicale du Québec, « L'AMQ en faveur d'un processus de divulgation à l'interne », communiqué de presse, 6 février 2004 (www.amq.ca/fra/pri_nou_commu.htm#6fevrier2004).
- 238** « HIV-positive docs should advise their hospitals: Québec health minister », *Presse canadienne*, 26 janvier 2004.
- 239** Tiré de : Bureau international du travail, *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail*, Genève, Organisation internationale du travail, 2001, p. 17-18.

- 240** Force de renouveau, *supra*, note 213, p. 52-53.
- 241** Alberta Human Rights and Citizenship Commission, *Duty to Accommodate: Interpretative Bulletin*, mai 2003, p. 3-4 (accessible via www.albertahumanrights.ab.ca). Voir aussi Commission ontarienne des droits de la personne, *Politique et directives concernant le handicap et l'obligation d'accommodement* (23 novembre 2003) (www.ohrc.on.ca/french/publications/disability-policy.pdf).
- 242** Société canadienne du sida, *AIDS-in-the-Workplace Project Final Report*, Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale, décembre 2000, p. 9-12.
- 243** *Ibid.*, p. 24-25.
- 244** Tiré de : Le Guide de la Société canadienne du sida pour un milieu de travail convivial aux personnes qui vivent avec le VIH, accessible via www.cdnaids.ca; cliquer sur « Ressources de la SCS », puis sur « Rapports/Guides ».
- 245** La Déclaration de consensus de la Réunion interrégionale tripartite sur les meilleures pratiques relatives à l'application des politiques et programmes en matière de VIH/sida sur le lieu de travail, tenue à Genève du 15 au 17 décembre 2003, affirme que « Le Recueil de directives pratique du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail propose un cadre de référence pour guider les actions dans les lieux de travail et promouvoir les bonnes pratiques en matière de formulation de politiques et de mise en œuvre de programmes. » (p. 2). Les recommandations de la Déclaration de consensus « constituent des directives utiles au développement de politiques et de programmes d'action pour lutter contre le VIH/SIDA dans le monde du travail. Elles se convertiront en moyens d'action réels lorsqu'elles seront mises en application, dans le cadre d'une démarche tripartite, avec l'engagement de toutes les parties intéressées, un plan de travail et un calendrier, et en accord avec le *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail* ». (p. 7). Voir www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/con-sensusfr.pdf.
- 246** *Ibid.*, p. 1.
- 247** Voir par exemple les programmes qui appuient les droits des travailleurs, décrits sur le site Internet du Congrès du travail du Canada à www.clc-ctc.ca.
- 248** Entrevue, G. Goertz, 28 février 2003.
- 249** de Bruyn, *L'administration de tests*, *supra*, note 233, p. 29-31. Voir aussi T. de Bruyn, R. Elliott, « Le test obligatoire du VIH après une exposition professionnelle », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 1, 27-34, aux p. 29-30.
- 250** *Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada – Facteurs influant sur les connaissances, les attitudes et les comportements*, Toronto, Conseil des ministres de l'Éducation, Canada, 2003 (www.cmec.ca/publications/aids/indexf.html).
- 251** Une enquête nationale, intitulée *Étude sur les jeunes Canadiens face au sida*, a aussi été menée en 1989. Voir A. King et coll., *Étude sur les jeunes Canadiens face au sida*, Kingston, Université Queen's, 1989.
- 252** A. Biglan et coll., « Social and behavioural factors associated with high-risk sexual activity among adolescents », *Journal of Behavioural Medicine*, 1990, 13 : 245-261.
- 253** Pour plus d'information sur YouthCO, voir www.youthco.org.
- 254** Les données qui suivent se fondent sur un mémoire préparé par J. Myrah, S. Docherty, C. Padget, B. Tigar et E. Lim, de YouthCO.
- 255** Adapté de « Quelques idées pour commencer », p. 3, dans UNESCO, *Le VIH/sida et les droits de l'homme : les jeunes se mobilisent*, Paris, UNESCO et Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2001 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001264/126403f.pdf>).
- 256** *Ibid.*
- 257** Voir, par exemple, *How Well Are We Doing? A Survey of the GLBT Population of Ottawa*, Ottawa, Services du Triangle Rose, 2001, p. 39, 50 (accessible via www.pinktriangle.org).
- 258** Voir, par exemple, Trussler et coll., *supra*, note 143, p. 53.
- 259** Banks, *supra*, note 14, p. 37; B. Ryan, M. Chervin, *Mise en situation de la santé des hommes gais dans la trame de la santé des populations*, Ottawa, Centre canadien d'information sur le VIH/sida et Gay & Lesbian Health Services of Saskatoon, 2000, p. 58 (accessible via www.glhs.ca).
- 260** A.E. Weber et coll., « Risk factors associated with HIV infection among young gay and bisexual men in Canada », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28(1) : 81-88.
- 261** Ryan et Chervin, *supra*, note 259, p. 57.
- 262** *How Well Are We Doing?*, *supra*, note 257, p. 19, 20, 26, 39, 50.
- 263** Trussler et coll., *supra*, note 143, p. 70.
- 264** *Ibid.*, p. 53.
- 265** Tiré de Santé Canada, *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003 (www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cgshe-ldnemss/pdf/guidelines_f.pdf).
- 266** *Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada*, *supra*, note 250, p. 98; C. Poulin, *Nova Scotia Student Drug Use 2002: Highlights Report*, Halifax, Nouvelle-Écosse, 2003, p. 10 (accessible via www.ccsa.ca); L. Van Til, C. Poulin, *Enquête de 2002 sur la consommation de drogues par les élèves de l'Île du Prince-Édouard : Faits saillants*, Charlottetown, Centre de publication des documents, 2002, p. 11 (accessible via www.ccsa.ca); J. Liu et coll., *Enquête de 2002 sur la consommation de drogues par les élèves du Nouveau-Brunswick : Faits saillants*, Nouveau-Brunswick, 2002, p. 10 (accessible via www.ccsa.ca).
- 267** Voir la liste des études, avec renvois aux rapports, sur le site Internet du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies à www.ccsa.ca.
- 268** Poulin, *supra*, note 266, p. 13.
- 269** Liu et coll., *supra*, note 266, p. 1.
- 270** Poulin, *supra*, note 266, p. 13.
- 271** Liu et coll., *supra*, note 266, p. 11.
- 272** *Ibid.*
- 273** *Ibid.*
- 274** Van Til et Poulin, *supra*, note 266, p. 13.
- 275** E. Oscapella, R. Elliott, *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques – Documents de fond*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999, p. C46-C50.
- 276** *Ibid.*, p. C51-53.
- 277** *Ibid.*, p. C53-54.
- 278** S. George et coll., *An Overview of Risk and Protective Factors: The Alberta Youth Experience Survey 2002*, AADAC Research Services, sans date, p. 3-4 (accessible via www.ccsa.ca).
- 279** Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, L.C. 2001, c 27; Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés, DORS/2002-227.
- 280** Pour plus d'information, voir D. Garmaise, *Questions et réponses : les politiques canadiennes sur l'immigration et leur impact sur les personnes vivant avec le VIH/sida*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2003, accessible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/immigrationF.htm.
- 281** A. Klein, « Inquiétudes exprimées au sujet des nouvelles règles sur l'immigration », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 35-37.
- 282** DORS/2002-227.
- 283** D. Garmaise, « Recours au test du VIH obligatoire pour l'exclusion d'immigrants potentiels », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 22-25.
- 284** « Number of HIV-positive immigrants to Canada triples in one year, immigration department says », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 14 mai 2004 (www.kaisernetwork.org/daily_reports/print_report.cfm?DR_ID=23718&dr_cat=1).
- 285** Réseau juridique canadien VIH/sida, *Mémoire au Comité permanent de la Chambre des communes sur la citoyenneté et l'immigration*, 28 janvier 2002 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/ImmigrationF/f-BriefonImmigration-Regulations.pdf). Voir aussi Klein, *Immigration et VIH/sida*, *supra*, note 129, p. 63-71.
- 286** *Ibid.*
- 287** *Ibid.*
- 288** Voir Klein, *Immigration et VIH/sida*, *supra*, note 129, p. 71-72; cf B. Hoffmaster, T. Schrecker, *Une analyse des questions d'éthique entourant l'exclusion automatique des réfugiés et des immigrants séropositifs*, Halifax, Projet des noms, 2000 (accessible via www.aidslaw.ca).

- 289** Réseau juridique canadien VIH/sida, *supra*, note 285.
- 290** Mémoire déposé par S. Teclom et E. Tharao, Women's Health in Women's Hands Community Health Clinic, Toronto.
- 291** *Ibid.*
- 292** Handa et Negash, *supra* note 78, p. 31.
- 293** Adapté de All-Parliamentary Group on AIDS, *Migration and HIV: Improving Lives in Britain. An Inquiry into the Impact of the UK Nationality and Immigration System on People Living with HIV*, juillet 2003, p. 4, 7-8 (accessible via www.appg-aids.org.uk/publications.htm).
- 294** Voir, par exemple, Handa et Negash, *supra*, note 78, p. 28-30.
- 295** Handa et Negash, *supra*, note 78, p. 28.
- 296** Aggleton et Parker, *supra*, note 7, p. 17.
- 297** J. Godwin, *HIV treatments, vaccines and microbicides. Developing an agenda for action: A discussion paper*, novembre 2003, p. 5 (accessible via www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/vaccines.htm). Pour un compte-rendu du projet pilote en Afrique du Sud, voir T. Kasper et coll., « Demystifying antiretroviral therapy in resource poor settings », *Essential Drugs Monitor*, 2003, 32 : 20-21 (www.msf.org/content/page.cfm?articleid=3EC42CE5-ADDDB-4384-BC25F9F03313DC04).
- 298** Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, *supra*, note 4, par. 44-46, 79-93.
- 299** Discours du premier ministre Paul Martin sur la place du Canada dans le monde, 31 mars 2004, consulté via www.liberal.ca/ads_e.aspx.
- 300** ONUSIDA, *Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/sida, 2003 (Suivi de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, 2001)*, ONUSIDA/04.03F, Genève, ONUSIDA, 2003, p. 11 (www.unaids.org/html/pub/topics/ungass2003/ungass_report_2003_fr.pdf).
- 301** Voir 25 *Questions réponses sur la santé et les droits humains*, *supra*, note 155, p. 8-9.
- 302** J.J. Schenshul, « Community-Based Research as a Revolutionary Tool », dans *Community-Based Research in Motion: The Practice and the Process. Symposium*, Winnipeg, 25 avril 2002, p. 3-4 (accessible via www.hiv-cbr.net).
- 303** Tiré de : Réseau canadien autochtone du sida, *PCAP : Prise en charge, contrôle, accès et possession* (www.linkup-connexion.ca/catalog/prodImages/090502014352_198.pdf).
- 304** Pour information, voir www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/recherche/unique.html.
- 305** D. Plumb et coll., *Learning About HIV/AIDS in the Meshwork: The Nature and Value of Indigenous Learning Processes in Community-based HIV/AIDS Organizations*, Halifax, Mount Saint Vincent University (non daté).
- 306** E. Tharao et coll., « The silent voices of the HIV/AIDS epidemic: African and Caribbean women », 12^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, 10-13 avril 2003, abrégé 257, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2003; 14 (Suppl A): 58A.
- 307** DiCenso et coll., *supra*, note 26.
- 308** Allinott et coll., *supra*, note 27.
- 309** Trussler et coll., *supra*, note 143.
- 310** Conseil de recherche médicale du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et de génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada, 1998, items 5.1-5.4.
- 311** *Supra*, note 81, p. 16-17.