

Le rôle de l'État dans la prise en compte des droits et des besoins des femmes et des filles dans la lutte au VIH/Sida

1) ÉTAT DE LA SITUATION AU QUÉBEC

Selon les estimations de l'Agence de la santé publique du Canada produites pour le Québec, entre 14 500 et 21 300 personnes étaient atteintes du VIH en 2008 (en incluant les personnes ayant développé le sida)¹.

En 2009, 307 nouveaux diagnostics d'infection par le VIH, dont 51 cas chez les femmes, ont été enregistrés au Québec (16,6 % du total des nouveaux diagnostics)².

Entre 2002 et 2009, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH au Québec est de 2 973, dont 553 chez les femmes, soit 18,6 % du total (20,4 % en 2002 et 16,6 % en 2009)³. Chez les femmes québécoises, les principales catégories de nouveaux diagnostics d'infections par le VIH entre 2002 et 2009 sont les suivantes :

- les personnes originaires d'un pays endémique (c'est-à-dire des pays qui affichent un taux important d'infections par le VIH et où le mode prédominant de transmission est le contact hétérosexuel) avec **44,7 %** des 553 nouveaux diagnostics chez les femmes (42,6 % en 2002 et 49,0 % en 2009);
- les personnes ayant des contacts hétérosexuels avec des partenaires à risque, avec **18,6 %** (17,0 % en 2002 et 25,5 % en 2009);
- les utilisateurs de drogues par injection (UDI), avec **18,1 %** (23,4 % en 2002 et 9,8 % en 2009);
- les contacts hétérosexuels avec des partenaires sans facteur de risque identifié, avec **16,1 %** (14,9 % en 2002 et 15,7 % en 2009).

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux; *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2009 (et projections 2010) : faits saillants*, 2010, p. 13. (Collection analyses et surveillance; 39).

² *Ibid*, p. 36.

³ Les quatre catégories principales de nouveaux diagnostics d'exposition au VIH-sida chez les hommes et les femmes, entre 2002 et 2009, sont :

- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) avec 56,1 % du total (soit 50 % en 2002 et 64,8 % en 2009);
- les personnes originaires d'un pays endémique (c'est-à-dire des pays qui affichent un taux important d'infections par le VIH et où le mode prédominant de transmission est le contact hétérosexuel) avec 14,6 % du total (17,0 % en 2002 et 12,4 % en 2009);
- les personnes ayant eu des relations sexuelles hétérosexuelles non protégées par un condom sans autre facteur de risque avec 9,4 % (10,0 % en 2002 et 8,8 % en 2009);
- les utilisateurs de drogues par injection, avec 9,8 % (13,0 % en 2002 et 6,5 % en 2009).

2) PRISE EN COMPTE PAR L'ÉTAT QUÉBÉCOIS DES BESOINS SPÉCIFIQUES DES FEMMES ET DES FILLES DANS LA LUTTE AU VIH/SIDA

A. Législations, politiques, réglementations nationales et allocations des ressources de l'État

Le gouvernement du Québec est doté de plusieurs outils pour ancrer dans l'appareil d'État une gouvernance basée sur l'égalité entre les femmes et les hommes. Il dispose, d'abord, d'un ensemble de structures organisationnelles qui travaillent pour l'égalité des sexes au sein de l'État, dont : le ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, le Secrétariat à la condition féminine et le Conseil du statut de la femme.

Le gouvernement du Québec mise aussi sur l'analyse différenciée selon les sexes (ADS). Cet outil de gestion, en voie d'implantation dans les pratiques gouvernementales et dans celles des instances locales et régionales, permet par son approche transversale de connaître et d'appréhender, à toutes les étapes du processus de création de politiques, de programmes et de mesures du gouvernement, leurs conséquences sur les femmes et les hommes. En effet, la politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes, « *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait* », rendue publique en décembre 2006, et le Plan d'action 2007-2010 qui en découle introduisent l'ADS comme l'un des instruments importants de la gouvernance de l'État.

En 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) s'est engagé à implanter l'ADS dans ses pratiques de planification et de gestion et à faire la promotion de cette approche auprès du réseau de la santé et des services sociaux. Pour ce faire, le MSSS a privilégié la sensibilisation et la formation du personnel à l'ADS. Des stratégies et des plans d'action en matière de santé et de bien-être des femmes ont ainsi été adoptés. En effet, la stratégie *Au féminin...À l'écoute de nos besoins* a été mise en œuvre au cours de la période 2002-2007. Un bilan de celle-ci effectué en 2008 a mené à son actualisation et à l'élaboration du plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013⁴. L'un des objectifs de ce plan d'action est justement que l'ADS soit plus ancrée dans les pratiques ministérielles et du réseau, notamment pour l'élaboration et la mise en œuvre :

- de la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement, particulièrement pour les infections qui sont en nette progression chez les femmes;
- du Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008.

Ce plan d'action vient aussi en complément d'autres outils de planification ministérielle qui touchent, directement ou indirectement, des questions relatives à la santé et au bien-être des femmes, dont le Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle 2008-2013 et la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014.

Ces stratégies et plans d'action ont notamment mené aux réalisations suivantes :

- Les agences de santé et de services sociaux (ASSS) ont déployé, dans leur région respective, des services intégrés de dépistage et de prévention. En outre, une entente entre le Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS) du MSSS et la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-sida) a

⁴ Cette stratégie d'action en santé et en bien-être est basée sur trois principaux objectifs : 1) Intégrer les besoins des femmes à la planification nationale et régionale des soins et des services; 2) Adapter des soins et des services aux besoins des femmes et 3) Améliorer notre connaissance de la population féminine et de ses besoins.

- permis le financement de projets de communication, de marketing social, de transfert de connaissances à l'intention de différentes clientèles, dont les travailleuses du sexe ;
- Le SLITSS a soutenu la production d'outils visant la prévention, la promotion et le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, afin que les travailleuses du sexe puissent vivre et travailler en santé et en sécurité. Une entente entre les principaux partenaires de lutte contre le VIH-sida est aussi intervenue afin de permettre le soutien des projets de communication et de transfert de connaissances auprès des clientèles vulnérables, dont les travailleuses du sexe. Les responsables de la santé et des services sociaux ont été encouragés à faire preuve d'ouverture et de souplesse à leur endroit. Par exemple, une plage horaire sans rendez-vous leur est offerte et une unité mobile de prévention ou de dépistage se déplace dans leur milieu de vie;
 - Le MSSS et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ont soutenu la création du groupe de travail Projet africain qui s'adresse aux femmes d'origine africaine et à leur communauté. L'objectif du projet est, entre autres, de limiter la propagation du VIH-sida et des ITSS dans la communauté africaine en adaptant des outils de prévention. Ce projet vise également à sensibiliser ces femmes à la nécessité et aux avantages d'un dépistage précoce du VIH en cas de grossesse ;
 - En collaboration étroite avec le milieu scolaire et les organismes du milieu, des cliniques jeunesse sont en voie d'implantation, dans les 18 régions du Québec. Ces cliniques réalisent des interventions afin de prévenir les grossesses à l'adolescence en offrant des services-conseils et des activités d'éducation à la sexualité, de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang et de planification des naissances ;
 - Depuis quelques années, le test de dépistage du VIH fait partie d'un bilan prénatal complet offert à toute femme enceinte ou qui veut le devenir⁵.

B. Modifications des lois pour le respect du droit des femmes

Le Québec, est reconnu comme l'une des sociétés qui tracent la voie en matière d'égalité entre les femmes et les hommes. Depuis l'adoption de la Charte des droits et libertés de la personne au Québec en 1975, la discrimination selon le sexe est interdite.

Une première politique sur la condition féminine a été adoptée en 1993. De plus, la Commission des affaires sociales a déposé en décembre 2005 un rapport unanime où elle recommande à la ministre de la Condition féminine de veiller à l'élaboration d'une nouvelle politique et d'un plan d'action permettant d'en assurer la mise en œuvre. C'est au terme des travaux et des débats publics que le gouvernement du Québec a déposé la politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes intitulée « *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait* ».

C. Collaboration entre les gouvernants et la société civile en vue d'assurer l'adéquation entre les besoins des femmes et les politiques publiques

Depuis plusieurs années, le développement et la consolidation du réseau québécois de la santé publique s'appuient sur des mécanismes de collaboration qui réunissent les acteurs les plus directement touchés par les enjeux du secteur. Au palier national, la coordination et la concertation impliquent les directions de la santé publique des ASSS, le MSSS, l'Institut national de santé publique du Québec et la Table de coordination nationale de santé publique (TCNSP).

⁵ Cette pratique est accompagnée d'un service conseil. La femme enceinte peut, en tout temps, refuser ce test, lequel demeure confidentiel. Si le test s'avère positif, le médecin offrira à la mère la possibilité de suivre un traitement ou d'avoir une césarienne, ce qui diminuera le risque de transmission du VIH à l'enfant.

Aux échelons régional et local, les formes de collaboration varient en fonction des particularités de chaque milieu et des façons de faire adoptées au fil des ans. Pour les questions de la santé et du bien-être des femmes, les ASSS peuvent encourager la prise en considération des besoins des clientèles féminines de leur région lors des exercices de planification des soins de santé et des services sociaux et par la concertation des partenaires visés. Au cœur du réseau local, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) assurent l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à la population. Ce modèle repose sur l'offre intégrée, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne et de mécanismes d'orientation et de suivi assurant l'accès aux services de deuxième et de troisième lignes.

Un système de reddition de comptes pour suivre et mesurer l'action gouvernementale en matière d'égalité entre les femmes et les hommes a aussi été mis en place. Le suivi et l'évaluation périodique de la progression de l'égalité entre les femmes et les hommes se font en associant les parlementaires et les divers groupes de la société à cet exercice.

D. Éléments culturels qui nuisent à la prise en compte des droits des femmes dans la lutte contre le VIH et le sida, progrès enregistrés, moyens déployés

Malgré les acquis, on ne peut pas dire encore qu'il existe une véritable égalité de fait entre les femmes et les hommes. Des préjugés tenaces se logent toujours au cœur des règles, des pratiques et des schèmes culturels. Si le stigmate lié au VIH et le sida constitue un défi de taille pour les hommes, cela est encore plus vrai pour les femmes, surtout quand elles font partie de groupes vulnérables comme les Autochtones, les travailleuses du sexe et les immigrantes.

Établir des contacts avec la clientèle des femmes sidéennes ou séropositives et les conserver, qu'elles soient toxicomanes, prostituées ou femmes victimes de l'infidélité de leur mari est très difficile, car elles ne demandent de l'aide qu'en bout de course. En effet, les femmes sidéennes ou séropositives hésitent à demander de l'aide. Elles peuvent être quatre ou cinq ans sans donner de nouvelles, surtout si elles ont un enfant atteint. Elles se confinent à leur milieu. C'est quand certaines font une demande de maintien à domicile que l'on découvre qu'elles vivent dans l'isolement depuis des années.

Le seul organisme communautaire au Québec de lutte contre le VIH et le sida qui s'adresse précisément aux femmes est le Centre d'action sida Montréal (femmes). Celui-ci a initié ses activités en 1990 pour répondre à un manque de ressources et de services pour les femmes vivant avec le VIH/sida. Le Centre offre des services d'éducation et de prévention, de soutien et d'accompagnement auprès des femmes atteintes, de lobbying ainsi que des activités de collecte de fonds pour assurer son existence. Il fonctionne à l'aide de subventions accordées par les gouvernements fédéral et du Québec, de dons offerts par des compagnies privées et par la population.

Des organismes, toutefois, intègrent des femmes séropositives dans leurs échelons décisionnels. Au lieu de s'organiser officiellement dans un regroupement, les Québécoises cherchent plutôt à se faire entendre au sein des lieux communautaires et médiatiques. Elles misent sur la participation représentative à l'intérieur des organismes de lutte contre le VIH et le sida. Elles tentent d'être présentes autant que possible aux échelons décisionnels des organismes ou encore de s'engager personnellement en matière de prévention, etc. Elles écrivent des articles, des lettres ouvertes aux journaux et témoignent dans les écoles et les entreprises. Elles réalisent des films et des vidéos et ont des sites Internet. Il en résulte un type d'action associative non activiste⁶.

⁶ Source : Mensah, Maria Nengeh; érudit, «Recherches féministes», vol. 13, no. 2, 2000, p. 95-112.