



Catalyseurs de l'épidémie : la stigmatisation et la discrimination liées au VIH

Introduction

« La stigmatisation demeure le principal obstacle à l'action publique. C'est une raison majeure pour laquelle trop de gens ont peur de consulter un médecin pour savoir s'ils ont la maladie ou pour demander un traitement. Elle fait du sida un tueur silencieux, puisque les gens craignent la honte sociale qu'entraînerait le fait d'en parler ou d'utiliser des mesures facilement accessibles. La stigmatisation contribue fortement au fait que l'épidémie du sida continue de dévaster des sociétés, dans le monde. » [trad.]

- Ban Ki-moon, secrétaire général de l'ONU¹

Trente ans après le début de l'épidémie, la stigmatisation et la discrimination demeurent répandues, dans la vie des personnes vivant avec le VIH. Elles s'observent partout dans le monde, mais se manifestent de manières différentes et à divers degrés, d'un endroit à l'autre.²

La stigmatisation liée au VIH et la discrimination qui en résulte sont parfois aussi dévastatrices que la maladie elle-même. Elles peuvent par ailleurs contribuer directement à la propagation du VIH. L'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination et leur impact néfaste sur les ripostes au VIH sont largement reconnus, mais les programmes pour s'y attaquer souffrent encore d'un manque de financement.³

La stigmatisation liée au VIH concerne les croyances, attitudes et sentiments négatifs à l'égard des personnes vivant avec le VIH et/ou du VIH en général.

La discrimination liée au VIH concerne le traitement inéquitable et injuste d'un individu (par acte ou omission) en raison de sa séropositivité au VIH réelle ou perçue.⁴

Attitudes des Canadien-nes à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida

Selon un sondage mené en 2011, les Canadien-nes sont relativement plus à l'aise qu'en 2006 d'interagir avec des personnes vivant avec le VIH/sida.⁶ Toutefois :

- 16 % des répondants ont déclaré « avoir peur » des personnes vivant avec le VIH/sida (hausse de 3 % par rapport à 2006);
- 18 % ont affirmé qu'ils seraient plutôt ou très mal à l'aise, au bureau, de travailler avec une personne vivant avec le VIH/sida. La peur de la transmission, en particulier par le contact accidentel avec du sang, était la principale raison;
- 35 % seraient plutôt ou très mal à l'aise que leur enfant fréquente une école où un élève serait connu comme ayant le VIH/sida;
- 54 % seraient plutôt ou très mal à l'aise qu'un ami proche ou un membre de leur famille fréquente une personne vivant avec le VIH/sida; et
- 23 % seraient mal à l'aise dans une épicerie locale dont le propriétaire serait une personne vivant avec le VIH/sida. La principale raison était la « peur de contracter l'infection ».

Les répondants qui se disaient « très renseignés » sur le VIH/sida étaient beaucoup plus susceptibles d'être à l'aise d'interagir avec des personnes vivant avec le VIH/sida.⁷

Les déclencheurs de la stigmatisation et de la discrimination

Le manque de compréhension des modes de transmission du VIH peut être une cause de stigmatisation et de discrimination. De récentes percées scientifiques nous ont appris que le VIH ne se transmet pas facilement. Toutefois, la peur de le contracter (notamment par des contacts du quotidien) demeure un important déclencheur.⁵ Autre facteur clé : le VIH se transmet par voie sexuelle et il affecte principalement des populations déjà marginalisées. La moralité et les croyances religieuses contribuent elles aussi à la stigmatisation, sans compter les préjugés sociaux qui associent les personnes vivant avec le VIH à des comportements considérés comme inappropriés ou immoraux (travail sexuel, usage de drogue, rapports sexuels entre hommes, activité sexuelle des jeunes, etc.).

Étude de cas :

Kevin Toronto, Canada¹¹

Il est difficile de composer seul avec le VIH. Je veux vraiment le dire, mais j'ai peur de perdre d'autres personnes dans ma vie. J'ai déjà perdu plusieurs personnes à cause de mon usage de drogue. J'ai peur de leur réaction, de ce qu'elles pourraient dire. On me juge déjà parce que je suis Autochtone, sur l'aide sociale, et que j'utilise des drogues. Je me sens pas mal seul à Toronto – je suis venu ici tout seul et toute ma famille habite dans une réserve du nord. La seule personne à qui j'ai parlé de ma séropositivité est mon frère – et il m'a dit de ne pas le dire à nos parents et de rester loin de la réserve. Il ne veut pas que mes parents aient à subir la honte d'une personne séropositive dans la famille. Depuis que je lui ai dit, mon frère ne m'a pas écrit ni téléphoné. Je me sens rejeté. Parfois, je pleure, seul chez moi. Je suis plutôt déprimé. Et quand je suis déprimé, j'oublie de prendre mes médicaments antirétroviraux.

Les manifestations de la stigmatisation et de la discrimination

Les personnes vivant avec le VIH/sida peuvent rencontrer de la stigmatisation et de la discrimination dans pratiquement toutes les sphères de leur vie quotidienne. La discrimination sur le marché du travail demeure un important obstacle à l'emploi.⁸ La perte d'emploi et l'exclusion en milieu de travail dues à la séropositivité au VIH sont fréquentes.⁹ La stigmatisation peut entraîner un manque d'accès à des occasions éducatives, l'expulsion de l'école, l'abandon par un(e) conjoint(e) et/ou des membres de la famille, l'ostracisme et l'évitement social. Elle peut se manifester par un langage et un comportement stigmatisants, le harcèlement verbal ou la violence physique. La stigmatisation peut limiter les possibilités de logement et de voyage et empêcher la participation à des cérémonies religieuses ou culturelles.

Par ailleurs, la stigmatisation peut réduire l'estime de soi et accroître les symptômes de dépression et les pensées suicidaires. Plusieurs personnes vivant avec le VIH sont aux prises avec une forte stigmatisation intériorisée sous forme de honte, de culpabilité et de haine envers soi.¹⁰

Les implications pour la prévention, les traitements, les soins et le soutien en matière de VIH

« C'est le stigmate, qui inspire une réticence à passer le test du VIH, chez des personnes à risque; c'est lui qui rend difficile, voire impossible, à des personnes séropositives de parler de leur séropositivité; et aussi qu'inuit à l'accès aux traitements salvateurs... »¹²

La stigmatisation et la discrimination ont de profondes implications pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH. Elles poussent des gens à éviter le test du VIH. La peur de la stigmatisation et de la discrimination décourage aussi des personnes vivant avec le VIH de dévoiler leur séropositivité, même à des parents ou partenaires sexuels. Par exemple, dans une étude menée en Ontario, des femmes ont expliqué cacher leur séropositivité par peur de discrimination et d'attitudes sociales négatives, ce qui réduit leur capacité d'obtenir le soutien et l'aide dont elles ont besoin.¹³

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH entravent les efforts de prévention du VIH : des personnes évitent de demander de l'information sur les moyens de réduire leur exposition au VIH et d'adopter des comportements

plus sécuritaires, par crainte qu'on les soupçonne d'être séropositives.¹⁴

Les communautés déjà marginalisées et stigmatisées, comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleuses et travailleurs sexuels et les jeunes sexuellement actifs, sont souvent exclues des programmes ciblés, en matière de VIH, et des programmes scolaires d'éducation sexuelle. Cela limite l'accès à des informations essentielles sur la prévention du VIH.

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH sont répandues dans les établissements de soins de santé, y compris les services de prévention, de santé sexuelle et génésique, de traitement, de soins et de soutien.¹⁶ Par conséquent, les personnes vivant avec le VIH sont souvent réticentes à recourir aux services dont elles ont besoin pour demeurer en santé. Certains travailleurs de la santé se montrent peu collaboratifs, ont des comportements stigmatisants ou refusent des services. Leurs compétences sont souvent insuffisantes pour composer avec des enjeux spécifiques à diverses populations. Plusieurs personnes vivant avec le VIH craignent pour la confidentialité de leurs renseignements médicaux et redoutent la possibilité très réelle que des fournisseurs de soins de santé dévoilent leur séropositivité sans leur consentement.¹⁷

Il est estimé que des programmes efficaces de réduction de la stigmatisation et de la discrimination pourraient faire en sorte qu'un nombre significativement accru de femmes enceintes utilisent des services liés au VIH et suivent leur traitement – ce qui réduirait dans une proportion allant jusqu'au tiers, la transmission du VIH de la mère au bébé dans des milieux où la stigmatisation est prévalente.¹⁸

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH, et les groupes marginalisés

Les personnes vivant avec le VIH ne sont pas toutes affectées au même degré par les attitudes stigmatisantes et la discrimination. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH se combinent avec d'autres facteurs préexistants, comme la discrimination fondée sur l'identité de genre, l'orientation sexuelle, le handicap, la race, l'ethnicité, le statut d'immigration, le revenu, et le stigmate associé à des comportements et activités spécifiques (y compris l'usage de drogue et le travail sexuel). Les groupes déjà marginalisés tendent à rencontrer une stigmatisation et une discrimination accrues.¹⁹

Étude de cas :

Peter Kingston, Jamaïque¹⁵

En Jamaïque, je ne parle à personne de ma sexualité. Là où je vis, les gens haïssent les homosexuels. Je me sens coupable d'être attiré par d'autres hommes et j'ai honte de qui je suis. Je redoute la possibilité de me retrouver seul et isolé de ma famille et de mes amis. Je ne connais aucun médecin ni infirmière qui m'accepterait. Parfois, quand je suis très déprimé et que j'ai beaucoup bu, j'ai des rapports sexuels avec d'autres hommes. Je n'utilise habituellement pas de condom, car on en trouve rarement. Aussi, je ne peux pas garder de condoms sur moi car mon épouse aurait des doutes si elle les trouvait. Je n'utilise pas de condoms avec mon épouse.

Une récente étude ontarienne a révélé que les femmes marginalisées vivant avec le VIH rencontrent des formes croisées de stigmatisation et de discrimination, comme le racisme, le sexisme, la discrimination fondée sur le genre sexuel, l'homophobie et la transphobie.¹⁹

Par exemple, des fournisseurs de services pourraient refuser le traitement anti-VIH à des utilisateurs de drogue ou le rendre conditionnel à l'amorce d'un traitement de la toxicomanie.²¹ Les personnes vivant avec le VIH atteintes d'un trouble de santé mentale sont aussi confrontées à une double stigmatisation/discrimination. La stigmatisation liée au VIH peut exacerber des troubles de santé mentale comme la dépression. Dans une étude en Éthiopie, des patients vivant avec la tuberculose/VIH qui percevaient une stigmatisation à leur égard avaient un risque significativement accru de problèmes de santé mentale, comparativement à ceux qui n'en percevaient pas.²²

La stigmatisation que vivent les femmes peut être différente de celle des hommes; elle est souvent plus dure

Étude de cas :

Njoki Nairobi, Kenya²⁶

Mon époux ne m'a pas dit qu'il avait le sida jusqu'à peu avant son décès, alors que j'étais enceinte de notre deuxième enfant. Il m'a laissée avec deux jeunes enfants. Je n'ai pas reçu de traitement antirétroviral à l'accouchement et je n'ai moi-même accès que par moments à un traitement. Quand j'ai des médicaments, je les cache. Parfois, si je suis en compagnie d'autres personnes, je ne prends pas mes pilules. J'ai dû quitter ma petite ville d'origine et déménager à Nairobi. Mon infirmière a informé mes parents de ma séropositivité, puis mes parents m'ont poussée à partir. Ils craignaient que les gens arrêtent d'aller à leur magasin s'ils savaient que leur fille a le VIH. Ils m'ont donné de l'argent pour que je parte avec mes enfants. J'étais très malade quand je suis arrivée en ville. Je suis souvent malade et je n'ai pas les moyens d'acheter de la nourriture pour moi et mes enfants. Je dois quêter. Parfois, j'ai des rapports sexuels avec des hommes pour gagner assez d'argent pour survivre.

et dommageable, et les femmes pourraient avoir moins de ressources pour y faire face.²³ Des femmes séropositives au VIH se heurtent aussi à la discrimination et à des violations de leurs droits dans le contexte de leurs choix de santé génésique. Certaines se voient refuser des services de planification familiale ou de santé sexuelle et génésique, ou conseiller par des fournisseurs de soins de santé d'éviter la grossesse.²⁴ Cette discrimination à l'endroit des femmes séropositives au VIH pourrait accroître leur risque de transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels ou à leurs enfants, ou de grossesse non planifiée. Certaines sont parfois forcées de subir une stérilisation ou d'interrompre leur grossesse.²⁵

Les enfants orphelins ou abandonnés de mères séropositives au VIH rencontrent aussi des formes

spécifiques de stigmatisation et de discrimination liées au VIH. Ils peuvent être isolés et placés dans des orphelinats spécialisés. Des écoles pourraient refuser l'admission à un enfant séropositif ou dont les parents sont séropositifs.²⁷ Le manque d'accès à l'éducation alimente d'autant plus l'épidémie – la recherche démontre que l'éducation est un puissant facteur de protection contre l'infection par le VIH.

Le racisme (notamment à l'endroit des populations autochtones et noires) alimente également la transmission du VIH. Les préjugés raciaux peuvent limiter l'accès à des services médicaux et de soutien. Au Canada, les personnes autochtones disent ne pas être « traitées comme des gens normaux » par des fournisseurs de services, et attendre plus longtemps à l'urgence en raison de leur origine ethnique.²⁸ Aux États-Unis, des taux accrus d'infection par le VIH parmi les Afro-américains (comparativement à la population générale) sont attribués au racisme (par exemple, accès réduit aux cliniques de santé sexuelle, taux d'incarcération disproportionnés chez les Afro-américains).²⁹

La stigmatisation pousse souvent les immigrants à passer le VIH sous silence et à le vivre en secret. Le soutien social est limité; certains pourraient craindre d'être isolés de leur communauté sociale si leur séropositivité devenait connue. Par conséquent, ils pourraient éviter les groupes de soutien social.³⁰

Certains hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes considèrent que la stigmatisation et la discrimination sont liées davantage à leur sexualité qu'à leur séropositivité au VIH. Des hommes de la communauté caraïbe à Toronto ont fait état d'une importante homophobie et d'une stigmatisation fondée sur l'homosexualité présumée, dans leur communauté, que leur état sérologique au VIH soit connu ou non.³¹ L'homophobie et la transphobie peuvent nuire à l'accès aux services de prévention du VIH et favoriser la violence sexuelle – ce qui peut accroître le risque d'infection par le VIH pour les minorités sexuelles et les personnes transgenre.³²

Le recours excessif au droit criminel en réponse au non-dévoilement de la séropositivité au VIH perpétue la stigmatisation et la discrimination et il marginalise encore plus les populations affectées. Les reportages, manchettes et photos à caractère sensationnaliste, dans les médias, alimentent la stigmatisation en présentant les personnes vivant avec le VIH comme des criminels. La stigmatisation et le manque de compréhension de la science de l'infection à VIH et de sa transmission sont à la base de l'élan de criminalisation du non-dévoilement de la séropositivité au VIH.³³

L'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH a été développé par et pour des personnes vivant avec le VIH, afin de mesurer et de développer des données sur la stigmatisation qu'elles vivent dans leurs communautés. Il est le fruit d'un partenariat entre le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW), l'International Planned Parenthood Federation (IPPF) et l'ONUSIDA. Pour plus d'information : www.stigmaindex.org.

Étude de cas :

Béatrice Montréal, Québec, Canada³⁶

J'ai appelé une amie et je lui ai dit « Je viens d'apprendre que je suis séropositive au VIH. » Une semaine plus tard, toute la communauté le savait. Tout a changé. Plus personne ne me parle. J'entre à l'arrière de mon immeuble pour que personne ne me voit. Je me sens comme une criminelle. Des gens me dérangent, me disent des bêtises, me traitent comme si j'étais méchante. Je me sens plus stigmatisée en tant que femme, car les gens pensent que je suis dévergondée. Une employée du salon de coiffure ne veut plus s'occuper de moi car elle croit qu'elle attrapera le sida. Je reste loin des gens, y compris des médecins qui me regardent de haut. Aux nouvelles, ils ont montré la photo d'une autre personne séropositive qui a été accusée d'avoir eu des rapports sexuels avec quelqu'un sans lui dévoiler son VIH. Je ne veux pas voir ma photo dans les journaux.

La criminalisation du non-dévoilement de la séropositivité au VIH et la stigmatisation

La criminalisation nuit aux efforts de santé publique pour lutter contre le VIH – elle décourage le recours au test et suscite le déni et des comportements non sécuritaires. Des personnes séropositives au VIH pourraient éviter de se faire tester ou dévoiler leur séropositivité, par crainte que cette information soit éventuellement utilisée contre elles (par exemple, sous la forme de menaces ou de fausses allégations).³⁴ La criminalisation décourage aussi le recours à des services liés au VIH – la confiance entre le patient et le fournisseur de services étant érodée, les personnes séropositives pourraient être réticentes à communiquer de manière honnête avec leurs professionnels de la santé.³⁵

Conclusions et recommandations

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH sont répandues et continuent d'alimenter la propagation du VIH. Il est essentiel d'accroître le financement consacré à des programmes stratégiques, coordonnés et complets pour contrer ces phénomènes. Les points de mire devraient être :

- Impliquer les personnes vivant avec le VIH/sida et les principales populations affectées, dans la conception, la mise en œuvre et la surveillance des programmes;
- Rehausser le rôle des réseaux de personnes vivant avec le VIH/sida et d'autres groupes stigmatisés, dans la réduction efficace de la stigmatisation et de la discrimination;
- Éduquer le public, rehausser la sensibilisation et les connaissances générales à l'égard du VIH/sida (y compris une éducation efficace sur les risques de transmission) et répondre aux peurs et aux fausses idées concernant le VIH/sida. Cela devrait impliquer les médias de masse et des campagnes médiatiques;
- Inclure des activités d'interaction entre les personnes vivant avec le VIH/sida, les personnes les plus vulnérables à l'infection et des auditoires clés, afin de dissiper les mythes à propos des personnes vivant avec le VIH/sida;

- Mobiliser des leaders communautaires et religieux ainsi que des célébrités, pour susciter le respect et la compassion à l'égard des personnes vivant avec le VIH, et l'ouverture concernant la sexualité;
- Reconnaître que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH se combinent à d'autres formes de stigmatisation, de discrimination et de désavantage;
- Faire en sorte que les travailleurs de la santé fournissent des soins exempts de discrimination, confidentiels, appropriés aux besoins des populations clés et respectueux des droits humains; et
- Répondre aux lois criminelles néfastes qui alimentent la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des groupes marginalisés et des personnes vivant avec le VIH/sida, notamment le recours excessif au droit criminel pour non-dévoilement de la séropositivité au VIH.

Ouvrages cités

1. « The stigma factor » (commentaire éditorial), *Washington Times*, 6 août 2008.
2. Délégation des ONG auprès du CCP de l'ONUSIDA, *Rapport annuel de la délégation des ONG présenté au Conseil d'administration de l'ONUSIDA, Stigmatisation et discrimination : Un obstacle aux ripostes efficaces au VIH*, juin 2010. « The People Living with HIV Stigma Index », *Asia Pacific Regional Analysis*, 2011. Voir aussi, en général, www.stigmaindex.com.
3. ONUSIDA, 26e Réunion du Conseil de coordination de programme de l'ONUSIDA, Genève, Suisse, 22-24 juin 2010, *Non-discrimination in HIV responses*, 3 mai 2010, UNAIDS/PCB(26)/10.3, par. 35.
4. ONUSIDA, *Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH : Études de cas des interventions réussies*, 2005.
5. « The People Living with HIV Stigma Index », *Asia Pacific Regional Analysis*, 2011, p. 33. Centre de recherche sociale des IRSC en prévention du VIH, Université de Toronto, et Fondation canadienne de recherche sur le sida (CANFAR), *Canadian Attitudes, Behaviour and Knowledge Related to HIV/AIDS*, juin 2011.
6. Centre de recherche sociale des IRSC en prévention du VIH, Université de Toronto, et Fondation canadienne de recherche sur le sida (CANFAR), *Canadian Attitudes, Behaviour and Knowledge Related to HIV/AIDS*, juin 2011.
7. *Ibid.*, p. 42.
8. Bureau international du travail (BIT), *Recommandation (no 200) concernant le VIH et le sida et le monde du travail*, 2010.
9. Délégation des ONG auprès du CCP de l'ONUSIDA, *Rapport annuel de la délégation des ONG présenté au Conseil d'administration de l'ONUSIDA, Stigmatisation et discrimination : Un obstacle aux ripostes efficaces au VIH*, juin 2010, p. 8.
10. Logie H, James L, Tharao W, Loutfy M. « HIV, Gender, Race, Sexual Orientation, and Sex Work: A Qualitative Study of Intersectional Stigma Experienced by HIV-Positive Women in Ontario, Canada », *PLoS Medicine*, novembre 2011.
11. Cette étude de cas est basée sur des informations tirées de : Jackson R, Cain R, Prentice T, Collins E, Mill J, Barlow K. *Depression Among Aboriginal People Living with HIV/AIDS: Research Report*, novembre 2008, p. 21.
12. Juge Edwin Cameron, « La criminalisation de la transmission du VIH : une pierre politique de santé publique », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 14(2), décembre 2009, p. 79.
13. Logie H, James L, Tharao W, Loutfy M. « HIV, Gender, Race, Sexual Orientation, and Sex Work: A Qualitative Study of Intersectional Stigma Experienced by HIV-Positive Women in Ontario, Canada », *PLoS Medicine*, novembre 2011.
14. ONUSIDA, 26e Réunion du Conseil de coordination de programme de l'ONUSIDA, Genève, Suisse, 22-24 juin 2010, *Non-discrimination in HIV responses*, 3 mai 2010, UNAIDS/PCB(26)/10.3, par. 35.
15. Cette étude de cas est basée sur des informations tirées de : USAID, *Breaking the Cycle: Stigma, Discrimination, Internal Stigma, and HIV*, janvier 2006.
16. Délégation des ONG auprès du CCP de l'ONUSIDA, *Rapport annuel de la délégation des ONG présenté au Conseil d'administration de l'ONUSIDA, Stigmatisation et discrimination : Un obstacle aux ripostes efficaces au VIH*, juin 2010.

17. Center for Reproductive Rights and Federation of Women Lawyers – Kenya, *At Risk: Rights Violations of HIV-Positive Women in Kenyan Health Facilities*, 2008.
18. Watts C, Zimmerman C, Eckhaus T et Nyblade L. *Working Paper, Modelling the Impacts of Stigma and Discrimination on HIV and AIDS Programmes: Preliminary Projections for Mother to Child Transmission*, 2010.
19. ONUSIDA, 26e Réunion du Conseil de coordination de programme de l'ONUSIDA, Genève, Suisse, 22-24 juin 2010, *Non-discrimination in HIV responses*, 3 mai 2010, UNAIDS/PCB(26)/10.3.
20. Logie H, James L, Tharao W, Loutfy M. « HIV, Gender, Race, Sexual Orientation, and Sex Work: A Qualitative Study of Intersectional Stigma Experienced by HIV-Positive Women in Ontario, Canada », *PLoS Medicine*, novembre 2011.
21. Délégation des ONG auprès du CCP de l'ONUSIDA, *Rapport annuel de la délégation des ONG présenté au Conseil d'administration de l'ONUSIDA, Stigmatisation et discrimination : Un obstacle aux ripostes efficaces au VIH*, juin 2010, p. 13.
22. Deribew A, Tesfaye M, Hailmichael Y, Apers L, Abebe G, Duchateau L, Colebunders R. « Common mental disorders in TB/HIV co-infected patients in Ethiopia ». *BMC Infectious Diseases* 2010, 10 : 201.
23. The People Living with HIV Stigma Index, *Piecing it Together for Women and Girls: The Gender Dimensions of HIV-related Stigma – Evidence from Bangladesh, the Dominican Republic and Ethiopia*, avril 2011.
24. Center for Reproductive Rights and Federation of Women Lawyers – Kenya, *At Risk: Rights Violations of HIV-Positive Women in Kenyan Health Facilities*, 2008.
25. The People Living with HIV Stigma Index, *Asia Pacific Regional Analysis*, 2011.
26. Cette étude de cas est basée sur des informations tirées de : USAID, *Breaking the Cycle: Stigma, Discrimination, Internal Stigma, and HIV*, janvier 2006.
27. Human Rights Watch, *Positively Abandoned, Stigma and Discrimination against HIV-positive Mothers and their Children in Russia*, 2005.
28. Réseau canadien autochtone du sida, *Relational Care: A Guide to Health Care and Support for Aboriginal People Living with HIV/AIDS*, 2008.
29. Lane S, Rubinstein R, Keefe R, Webster N, Cibula D et coll. « Structural violence and racial disparity in HIV transmission ». 2004 *J Health Care Poor U* 15 : 319–335.
30. ONUSIDA, 26e Réunion du Conseil de coordination de programme de l'ONUSIDA, Genève, Suisse, 22-24 juin 2010, *Non-discrimination in HIV responses*, 3 mai 2010, UNAIDS/PCB(26)/10.3.
31. Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO) et Unité d'études sociales, comportementales et épidémiologiques sur le VIH, Université de Toronto, *HIV/AIDS Stigma, Denial, Fear and Discrimination: Experiences and Responses of People from African and Caribbean Communities in Toronto*, 2006, p. 10.
32. Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, Beyrer C. « Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000–2006: a systematic review ». 2007 *PLoS Medicine* 4 : e339.
33. Juge Edwin Cameron, « La criminalisation de la transmission du VIH : une piètre politique de santé publique », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 14(2), décembre 2009.
34. Réseau juridique canadien VIH/sida, *Le droit criminel et la non-divulgaration de la séropositivité au VIH au Canada*, juillet 2011, p. 7.
35. Ibid.
36. Cette étude de cas est basée en partie sur des informations tirées de : Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO) et Unité d'études sociales, comportementales et épidémiologiques sur le VIH, Université de Toronto, *HIV/AIDS Stigma, Denial, Fear and Discrimination: Experiences and Responses of People from African and Caribbean Communities in Toronto*, 2006.

Ce document a été produit grâce au financement de l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions exprimées par les auteurs et chercheurs ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de santé publique du Canada.

La CISD remercie Jennifer Kitts pour son aide à la préparation de ce feuillet.



1 rue Nicholas, Bureau 726, Ottawa, ON K1N 7B7

Téléphone: 613-233-7440
Télécopieur: 613-233-8361
Courriel: info@icad-cisd.com