

VISION POSITIVE

Crise du logement au Canada

Comment en est-on
arrivé là?

Tracer la voie

Récits palpitants
et militants

Cabenuva

Le nouveau
traitement injectable

Une idée géniale

AA Bronson échange
sur l'art et le VIH

LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH PEUVENT PRÉSENTER UN RISQUE DE CONTRACTER L'HÉPATITE C.



Par contre, on peut prévenir l'hépatite C et en guérir.

Apprenez tout ce que vous devez savoir sur **la transmission**, **la prévention**, **le dépistage** et **le traitement**.

Commandez votre exemplaire gratuit.

 commandes.catie.ca

    /CATIEinfo





LETTRE DE LA RÉDACTION

Bienvenue à l'édition 2022 de *Vision positive*!

Cette année, notre magazine concorde avec deux événements passionnants. L'année 2022 est en effet marquée par le retour de la Conférence internationale sur le sida à Montréal, et pour commémorer l'événement, nous vous présentons un récit palpitant de la conférence de 1989 («Tracer la voie», page 8). Dans notre série d'entretiens, vous entendrez des militant-e-s qui se sont ligué-e-s contre leur exclusion de la conférence et l'ont perturbée pour mieux changer le domaine de la recherche sur le VIH pour de bon. Nous vous présentons aussi une entrevue avec la vedette AA Bronson qui figure en couverture : un artiste multidisciplinaire, guérisseur et ancien membre du collectif artistique General Idea. Cet été, le Musée des beaux-arts du Canada, situé à Ottawa, inaugure la première rétrospective canadienne de l'œuvre de General Idea. Rendez-vous à la page 26 pour lire ses réflexions sur l'expo et le rôle du VIH dans son travail.

Ailleurs, nous abordons des sujets épineux — mais importants. Les personnes vivant avec le VIH peuvent faire face à des obstacles structurels comme le racisme et la stigmatisation à l'égard de l'utilisation de drogues, qui sont amplifiés par la stigmatisation à l'égard du VIH. Dans ce numéro de *Vision positive*, nous effectuons une plongée au cœur des problèmes difficiles qui affectent les membres les plus vulnérables de notre communauté. Dans «Un cercle vicieux» (page 14), Alexandra Kimball fait état de la violence entre partenaires intimes sur fond de VIH; dans «Un château de cartes» (page 18), Jonathan Valelly se penche sur la crise du logement au Canada; et à la page 6, Elene Lam de Butterfly nous explique ce que nous dit la loi sur le travail du sexe. Thème récurrent dans ces différents sujets : nous montrons comment les intervenant-e-s de première ligne et les militant-e-s associatif-ve-s ripostent pour améliorer la vie des personnes les plus touchées.

Alors que le printemps laisse la place à l'été, des jours meilleurs se profilent à l'horizon. De nouveaux types de traitement du VIH ouvrent également la voie à plus de possibilités pour la gestion de la santé — à la page 13, Darien Taylor nous donne les détails sur le nouveau traitement injectable et le sens qu'il pourrait avoir pour nos lecteur-trice-s. Vous avez une histoire à raconter ou une idée pour un prochain numéro? Ici, à *Vision positive*, nous aimons vous entendre! Envoyez-nous un courriel à contribuez@visionpositive.ca.

—Dan Udy

Influence positive

Campagne d'influence de CATIE

4

Le travail du sexe et le droit au Canada

Atteinte aux droits des travailleurs et travailleuses du sexe

6

Tracer la voie

Récits de la Conférence sur le sida de 1989

8

Cabenuva

Traitement injectable contre le VIH

13



Un « cercle vicieux »

Le VIH et la violence entre partenaires intimes

14

Un château de cartes

La crise du logement au Canada

18

AA Bronson expose le sida

Un entretien avec AA Bronson

26

VISION POSITIVE

www.visionpositive.ca

Été 2022

Volume 24, numéro 1

Éditeur :

CATIE

505-555 rue Richmond Ouest

Boîte 1104

Toronto ON M5V 3B1

Canada

© 2022, CATIE

(Réseau canadien

d'info-traitements sida).

Tous droits réservés.

ISSN 1711-1331

Numéro d'accord de

publication : 1707361

Rédacteur en chef :

Dan Udy

Rédactrice :

Jennifer Thomas

Révisseurs de

textes français :

Catherine Poëzëvara,

Denise Bérubé

Traduction :

Denise Bérubé, Ethel Perez,

Jean Dussault, Jocelyne

Demers-Owoka, Sébastien

Kabacinski

Direction artistique

et design :

David Vereschagin,

Quadrat Communications

Photo de la couverture :

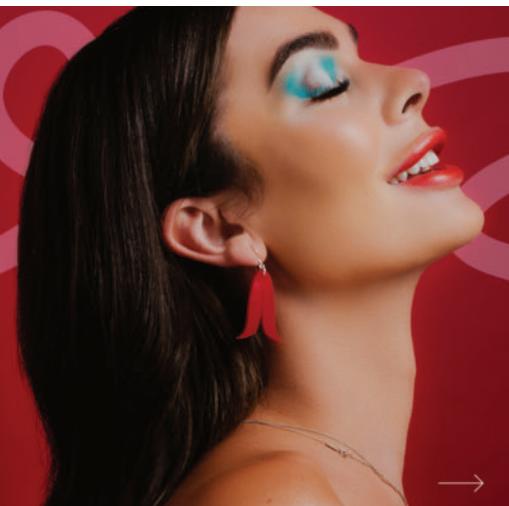
AA Bronson par Florian Hetz

Influence positive

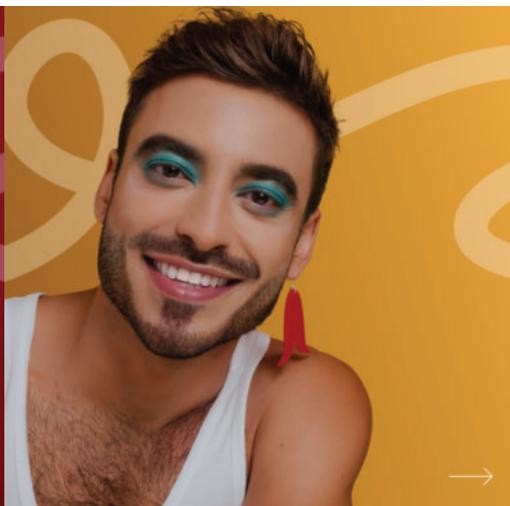
En 2021, CATIE a organisé une campagne numérique visant à sensibiliser le grand public à la prévention du VIH. *Sans peur face au VIH* était alors un nouveau type de projet pour l'organisme, car, pour la première fois, il collaborait avec des influenceur-euse-s des médias sociaux afin qu'ils ou elles livrent de l'information positive et inspirante concernant la prévention du VIH sur leurs plateformes respectives.

PAR JORDAN COULOMBE

PHOTOGRAPHIES : GABRIELLE MARION, JADE HASSOUNÉ, NADINE THORNHILL



Gabrielle Marion



Jade Hassouné



Nadine Thornhill

Les influenceur-euse-s sont un type relativement nouveau de personnalité publique. Il peut s'agir de n'importe qui ayant un public dans les médias sociaux — d'acteur-trice-s ou de chanteur-euse-s célèbres, en passant par un cuisinier amateur ou un-e photographe. L'impact du contenu qu'une personne affiche dans les médias sociaux et son influence sur ce que pense le grand public et sur le comportement de ce dernier définissent l'influenceur-euse. Bien que certaines entreprises fassent appel

aux influenceur-euse-s pour vendre leurs produits, CATIE les a engagé-e-s pour dialoguer avec ses auditoires à propos des nouveaux outils de prévention du VIH. La campagne était axée sur le message selon lequel le traitement du VIH et la prophylaxie pré-exposition (PrEP) sont si efficaces pour prévenir la transmission que chacun-e, quel que soit son statut, peut maintenant vivre *sans peur face au VIH*.

CATIE a collaboré avec Clark Influence, une agence de marketing

d'influence basée à Montréal, dans le choix de 10 influenceur-euse-s pour sa campagne. Chacun-e d'entre eux/elles a été sélectionné-e parce que ses auditoires comprenaient les personnes les plus touchées par le VIH au Canada. Ils et elles ont diffusé des images, des vidéos et des textes originaux sur leurs comptes Instagram et ont ajouté des fonctionnalités interactives telles que des sondages et des questionnaires. Cela a permis d'entamer des conversations sur la santé sexuelle qui visaient à réduire

l'anxiété et la stigmatisation entourant le VIH.

«Je suis d'avis que plus vous disposez d'information, moins vous avez peur», a expliqué Jade Hassouné, l'un des influenceur-euse-s choisi-e-s par CATIE. Prêter sa voix à la campagne lui a permis de participer à l'évolution des attitudes à l'égard du VIH et de parvenir à atténuer la peur encore associée au virus. Pour aider les participant-e-s avec leur contenu, CATIE leur a fourni des éléments d'uniformisation, comme du maquillage bleu, une boucle d'oreille s'inspirant du ruban rouge et le mot-clic #SansPeurFaceAuVIH. Chaque influenceur-euse a ensuite utilisé ces éléments pour créer des publications Instagram et raconter des histoires agrémentées d'une touche unique. Les expert-e-s en VIH de CATIE étaient également à disposition pour s'assurer de l'exactitude et de la pertinence de leurs messages, mais aussi pour s'assurer qu'ils insufflaient un sentiment d'optimisme et d'espoir.

Jade indique avoir reçu des réponses inattendues de la part de ses abonné-e-s; en effet, certain-e-s ne comprenaient pas pourquoi il affirmait qu'il ne faut pas craindre le VIH. Une autre influenceuse, Nadine Thornhill, a quant à elle expliqué que «certaines personnes pourraient croire que la peur est une bonne chose et que si vous avez peur, vous aurez plus tendance à avoir des relations sexuelles plus sécuritaires. Vivre dans la peur peut nous faire du tort à long terme, explique-t-elle. Quand on a peur d'avoir des conversations et peur de ce que pourrait faire le VIH à notre corps, d'aucuns feront tout simplement semblant que le virus n'existe pas. Ces personnes vont en quelque sorte fermer les yeux, croiser les doigts et espérer que tout ira bien». Nadine reconnaît que la peur et la stigmatisation peuvent empêcher les gens de se faire dépister ou d'obtenir les soins de santé nécessaires. Pour elle, la campagne était une opportunité d'aborder les angoisses et d'entamer des dialogues francs et dénués de jugement avec ses abonné-e-s. En fin de compte, elle voulait leur dire «Pas besoin de voir le VIH comme une menace imminente».

Avec l'arrivée de la PrEP et le fait de savoir qu'une charge virale indétectable rend le VIH non transmissible par voie sexuelle (I=I), des pas de géant ont été faits dans le domaine de la prévention du VIH au cours de la dernière décennie. Au cours de cette même période, les médias sociaux ont transformé notre

manière de communiquer les un-e-s avec les autres. Le nombre de personnes qui utilisent les réseaux sociaux et le temps qu'elles y consacrent ont explosé au cours des dernières années, ce qui rend ces plateformes idéales pour diffuser de nouveaux messages de prévention. C'est une tâche urgente : même si la PrEP et I=I ont transformé la prévention du VIH, de nombreuses personnes n'en ont pas encore entendu parler. Grâce à ces nouvelles plateformes, des campagnes comme *Sans peur face au VIH* peuvent toucher directement les communautés les plus affectées par le VIH au Canada.

Des données sur la campagne illustrent son succès. Au total, les influenceur-euse-s ont touché plus de 600 000 personnes et le taux d'engagement était deux fois supérieur à la moyenne des organismes sans but lucratif. Cela signifie que deux fois plus de personnes que d'habitude ont cliqué sur le contenu ou y ont répondu. Cet engouement montre que le public accueille positivement les messages de prévention du VIH. Gabrielle Marion est une femme trans de Montréal qui compte 52 000 abonné-e-s Instagram. «J'ai l'impression qu'il y a encore trop de discrimination», confie-t-elle. Elle a choisi de s'impliquer «parce qu'il n'y a aucune crainte à avoir face au VIH. Les personnes vivant avec le VIH ont des médicaments qui le rendent intransmissible par voie sexuelle et les gens peuvent prendre la PrEP pour le prévenir.»

Le partage simultané d'information concernant la PrEP et I=I signifie que la campagne s'applique à tous et à toutes, quel que soit leur statut VIH. C'est ce qu'on appelle une approche neutre. Cette tactique vise à estomper la stigmatisation en montrant comment chacun-e joue un rôle pour prévenir le VIH. L'approche indique que les options pour les personnes séropositives et séronégatives sont très efficaces. L'un de ses avantages est qu'elle donne aux gens de l'information qu'ils peuvent échanger avec leurs partenaires : par exemple, I=I est bon à savoir pour le couple ayant une relation sérodifférente; une personne ayant une charge virale détectable pourrait autrement partager des renseignements sur la PrEP avec ses partenaires séronégatif-ve-s. L'approche neutre reconnaît également que chacun-e peut utiliser les services de lutte contre le VIH, qu'il s'agisse de prévention, de dépistage ou de traitement. Elle affirme que chaque personne a le droit d'être traitée avec compassion.

En fin de compte, explique Jade, «Nous sommes tou-te-s des êtres humains et nous pouvons tou-te-s être aimé-e-s de manière égale».

En examinant ses campagnes passées, CATIE a constaté qu'elles étaient plus efficaces lorsqu'elles étaient à l'image des personnes qu'elles voulaient toucher. Le choix de la langue est un moyen essentiel pour aider les gens à se sentir inclus dans une campagne : c'est pourquoi CATIE a approché des influenceur-euse-s anglophones et francophones ayant des publics répartis partout au pays. CATIE a également choisi des influenceur-euse-s issu-e-s de groupes confrontés à des obstacles plus importants dans l'accès à l'information sur le VIH, comme les communautés noires, autochtones et les autres communautés racisées. Ces groupes étaient plus susceptibles d'être réceptifs aux messages de la campagne parce que les influenceur-euse-s avaient établi des relations avec leurs auditoires et que celles-ci se basaient sur la confiance. Gabrielle, par exemple, s'est fait connaître pour son expertise en matière de soins de santé trans en expliquant sa transition en ligne. Lorsqu'il s'agit de messages sur le VIH, ses publics sont prêts à l'écouter. «J'ai l'impression d'avoir la crédibilité nécessaire pour transmettre ce type d'information, explique-t-elle, parce que toute ma carrière est fondée sur la transmission de renseignements relatifs à ma transition, ma chirurgie et mes hormones.»

Sans peur face au VIH : des personnes vivant avec le VIH et des personnes séronégatives travaillent main dans la main pour lutter contre la stigmatisation liée au virus. Cette approche neutre peut outiller les gens pour qu'ils puissent faire attention à leur santé, mais aussi (et c'est le plus important) profiter de leurs relations sexuelles. S'il ne faut pas craindre le VIH, alors la vie sexuelle de chacun-e s'améliore, que l'on vive avec le VIH ou que l'on fasse partie d'une communauté à risque. «J'espère que ces renseignements outillent mieux les gens pour qu'ils puissent s'occuper de leur santé sexuelle, mais aussi pour qu'ils puissent profiter de leur sexualité et de leurs relations sexuelles, explique Nadine. Si je peux aider à déstigmatiser et à diffuser de l'information qui inhibe la peur des rapprochements et la peur du VIH, alors je suis heureuse de le faire.» +

Jordan Coulombe est formateur en santé chez CATIE.



Le travail du sexe et le droit au Canada

Le travail du sexe est lourdement stigmatisé et criminalisé dans de multiples pays. Pour de nombreuses personnes, il constitue toutefois un moyen fiable de gagner de l'argent et de subvenir à leurs besoins. Ceci inclut des personnes vivant avec le VIH, qui sont souvent confrontées à la discrimination dans l'emploi et le logement ainsi qu'au racisme, à la transphobie, à l'homophobie et à la stigmatisation de la consommation de drogues. Comment le droit affecte-t-il les travailleur·euse·s du sexe au Canada? Comment peut-on les soutenir?

Elene Lam explique.

QUE DIT LE DROIT CANADIEN À PROPOS DU TRAVAIL DU SEXE?

La Cour suprême du Canada a statué en décembre 2013, dans l'affaire *Bedford c. Canada*, que les infractions stipulées dans le *Code criminel* visant le travail du sexe étaient inconstitutionnelles. La Cour a déclaré, dans ce jugement, que ces dispositions contribuaient à la violence contre les travailleur·euse·s du sexe et étaient une atteinte aux droits de la personne. Cependant, le gouvernement fédéral a adopté en 2014 la *Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation* (LPCPVE), qui a annulé cette avancée.

Le gouvernement canadien et des groupes opposés au travail du sexe font la promotion de la LPCPVE comme étant un modèle pour «contrer la demande». Cette approche est parfois appelée «modèle nordique», car elle a d'abord été adoptée en Suède, en Norvège et en Islande. La LPCPVE tente d'éradiquer le travail du sexe en rendant illégal l'achat de services sexuels, pour mettre fin à la demande. Cependant, elle crée des infractions liées au travail du sexe qui ne s'appliquent pas seulement à la clientèle, car elle rend illégales presque toutes les activités liées au travail du sexe. Ainsi, elle criminalise les activités des travailleur·euse·s du sexe et des tiers (ce qui peut inclure les gérant·e·s et les chauffeur·se·s ainsi que les ami·e·s et membres de la famille qui fournissent d'autres types de soutien).

La LPCPVE rend illégales la publicité du travail du sexe, l'obtention d'avantages matériels de ce travail et l'organisation du travail du sexe d'autres personnes (ce que l'on appelle le «proxénétisme»). Elle criminalise également la communication en public à proximité d'une école, d'un terrain de jeu ou d'une garderie au sujet de l'achat ou de la vente de services sexuels. Dans tous les cas, cette loi considère le travail du sexe comme faisant partie d'une activité criminelle. Au lieu de reconnaître le travail du sexe comme un emploi légitime et utile, cette

loi prétend que toutes les personnes qui l'exercent sont des victimes et que tou-te-s les client-e-s et les tiers sont des criminel-le-s.

QUEL EST L'EFFET DE LA CRIMINALISATION?

Les personnes qui militent contre le travail du sexe affirment que les lois visant à «contrer la demande» ne nuisent pas aux personnes qui pratiquent le travail du sexe, car elles se limitent à interdire l'achat de services sexuels. Cette affirmation est fautive. Il est impossible de criminaliser une partie sans affecter l'autre. En rendant illégal l'achat de services sexuels, ces lois créent une situation où les client-e-s doivent se faire plus discret-ète-s afin de ne pas être repéré-e-s. En conséquence, les client-e-s précipitent souvent la négociation et ne fournissent pas certains renseignements qui sont importants pour la sélection. Lorsque des tiers tels que les gérant-e-s, les agents de sécurité ou d'autres travailleur-euse-s du sexe sont également criminalisé-e-s, ils ou elles peuvent être poussé-e-s à travailler dans la clandestinité pour éviter d'être repéré-e-s par la police. Cela les empêche de fournir un cadre de travail plus sûr aux travailleur-euse-s du sexe. Dans l'ensemble, la criminalisation rend les conditions du travail du sexe injustes et dangereuses, et empêche les travailleur-euse-s du sexe de les améliorer.

Les partisan-e-s des lois visant à «contrer la demande» affirment que tout travail du sexe est une forme d'exploitation. Cela signifie que le travail du sexe est souvent considéré comme un trafic de personnes — et cela a attiré l'attention des forces de l'ordre sur l'industrie du sexe. Ainsi, de plus en plus de personnes impliquées dans le travail du sexe font l'objet d'une enquête ou sont inculpées en vertu des lois relatives au travail du sexe. Il peut s'agir de travailleur-euse-s du sexe qui fournissent des services à des tiers et qui aident d'autres travailleur-euse-s du sexe à créer des annonces, à fixer des prix, à se rendre à des rendez-vous et à en revenir ou à réserver des chambres d'hôtel. Les travailleur-euse-s du sexe migrant-e-s et les jeunes sont plus susceptibles de compter les un-e-s sur les autres pour mener à bien leur travail, ce qui les rend plus vulnérables à ces accusations. Les lois canadiennes sur l'immigration interdisent également aux migrant-e-s de travailler dans des industries liées au sexe — ce qui signifie que tout-e

migrant-e qui pratique le travail du sexe ou joue un rôle de tiers peut être arrêté-e et expulsé-e.

En criminalisant le travail du sexe, le gouvernement empêche les travailleur-euse-s du sexe d'accéder à des conditions de travail plus sûres, au logement, aux soins de santé et aux services sociaux et juridiques. Il les empêche également de faire valoir leurs droits en matière de travail et d'améliorer leurs conditions de travail. En présentant le travail du sexe comme une activité nuisible à la société, la criminalisation alimente la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des travailleur-euse-s du sexe et de leurs client-e-s. Elle entraîne également un excès de surveillance policière visant des établissements de travail du sexe et des commerces érotiques comme les salons de massage et les clubs de strip-tease. En conséquence, certains groupes opposés au travail du sexe préconisent à présent la fermeture des salons de massage asiatiques.

La criminalisation menace tou-te-s les travailleur-euse-s du sexe, dans tous les secteurs du commerce du sexe. Elle menace particulièrement les travailleur-euse-s du sexe de couleur, ceux et celles qui sont autochtones, qui consomment des drogues, qui sont trans, qui ont un faible revenu et sont sans abri, de même que les travailleur-euse-s du sexe qui ont un statut d'immigration précaire. Au Canada, la LPCPVE a un effet désastreux sur la vie et les moyens de subsistance des travailleur-euse-s du sexe. Elle les prive de droits de la personne fondamentaux, notamment du droit à l'autonomie corporelle et quant à leur activité sexuelle. Elle en fait des cibles de surveillance et de profilage racial. Les travailleur-euse-s du sexe sont confronté-e-s à la présence non désirée et non sollicitée de la police dans leur vie, ce qui entraîne une menace constante d'être arrêté-e-s, inculpé-e-s, détenu-e-s, expulsé-e-s, emprisonné-e-s et d'avoir un casier judiciaire. Même pour les travailleur-euse-s du sexe qui ne sont pas effectivement inculpé-e-s, arrêté-e-s ou déporté-e-s, l'attention de la police peut avoir d'autres effets : elle peut entraîner l'expulsion du lieu de travail et de vie, une violence ciblée de la part de voisin-e-s ou de partenaires, la dévalorisation en tant que membre de la communauté et une sous-estimation comme travailleur-euse qualifié-e. En définitive, la LPCPVE est une attaque contre l'autonomie juridique, financière

et corporelle des travailleur-euse-s du sexe.

QUE PEUT FAIRE LE CANADA POUR SOUTENIR LES DROITS DES TRAVAILLEUR-EUSE-S DU SEXE?

Depuis nombre d'années, des groupes de défense des travailleur-euse-s du sexe font campagne pour une décriminalisation complète du travail du sexe. L'ONUSIDA, Amnistie internationale et l'Organisation mondiale de la Santé sont en faveur de la décriminalisation du travail du sexe. Ils ont reconnu que la décriminalisation crée des environnements de travail plus sûrs, contribue à protéger les droits des travailleur-euse-s, améliore leur accès aux services de santé et réduit leur vulnérabilité au VIH, à la violence, à l'exploitation, à la stigmatisation et à la discrimination.

Le Canada peut respecter les droits et la dignité des travailleur-euse-s du sexe en décriminalisant complètement le travail du sexe. Cela signifierait l'abrogation de toutes les infractions au *Code criminel* liées au travail du sexe, y compris en ce qui concerne les activités des travailleur-euse-s du sexe, des client-e-s et des tiers. Les lois sur l'immigration qui entravent le travail du sexe doivent également être abrogées, de même que toute autre forme d'oppression légale. En 2021, l'Alliance canadienne pour la réforme des lois sur le travail du sexe (une alliance de groupes de défense des droits des travailleur-euse-s du sexe à travers le pays) a intenté une contestation constitutionnelle pour faire invalider les infractions pénales liées au travail du sexe.

Le travail du sexe est un travail. Ce n'est pas un trafic de personnes, ni un acte immoral, ni un acte de violence. Le travail du sexe est un travail utile et valable qui offre des possibilités économiques. La société canadienne devrait s'efforcer d'éliminer la discrimination à l'égard des travailleur-euse-s du sexe ainsi que toutes les formes d'oppression systémique, y compris la phobie des prostitué-e-s, la transphobie, la xénophobie, le racisme, le sexisme et le classisme. +

Pour plus d'information sur le travail du sexe et le droit au Canada, consultez les sites Web suivants : Chez Stella (www.chezstella.org) et Butterfly (Asian and Migrant Sex Workers Support Network) (www.butterflysw.org/legal-information-for-services-prov) où Elene Lam exerce en tant que directrice.



Tracer la voie

La 24^e Conférence internationale sur le sida (AIDS 2022) aura lieu cet été à Montréal. Ce n'est pas la première fois que la ville accueille l'évènement — en 1989, elle a été la ville hôte de la 5^e édition, reconnue comme un véritable tournant pour le militantisme et la recherche en lien avec le VIH. Revenons en arrière avec trois militant-e-s qui ont joué un rôle lors de cet évènement historique et qui nous racontent leurs souvenirs.

ENTREVUES PAR RONNILYN PUSTIL

KAREN HERLAND

Professeure, Études en sexualité et Beaux-arts, université Concordia

Participation à des conférences internationales sur le sida : 1

À l'époque de la conférence, j'étais dans la mi-vingtaine et je travaillais au CSAM (*Comité sida aide Montréal*) en éducation et en prévention. J'ai réalisé que beaucoup de militant-e-s convergeaient vers Montréal et qu'il n'y avait aucune infrastructure pour les accueillir. Il fallait faire quelque chose, mais une jeune lesbienne n'allait pas nécessairement à elle seule rallier les masses pour l'occasion. J'ai contacté mon ami Eric Smith et nous avons décidé d'organiser une réunion. C'était en 1989 — bien avant Internet et Facebook. Nos outils, c'était les chaînes téléphoniques, le réseautage en personne et la distribution de dépliants. Il y avait de 40 à 50 personnes à notre première réunion, tenue dans une salle située à l'étage au-dessus d'une librairie anarchiste.

Nous étions en mars, et la communauté était sous le choc du meurtre de Joe Rose, un queer à peine sorti de l'adolescence battu à mort dans un autobus.

Les participant-e-s à la réunion voulaient attirer l'attention sur ce meurtre homophobe. J'ai pensé que ce serait un bon moyen pour nous d'apprendre à nous connaître et de commencer à s'organiser; nous avons donc monté une manifestation et c'est ainsi que tout a démarré. Nous avons adopté le nom de *Réaction Sida*.

Eric a trouvé dans une coopérative d'habitation un local pouvant nous servir de quartier général, et l'a équipé de télécopieurs, de machines à écrire, d'ordinateurs rudimentaires et d'une télévision, pour les réunions, la rédaction de communiqués de presse et la préparation des manifestations. Tous les soirs, pendant la conférence, nous écoutions les nouvelles ensemble, puis nous faisons un compte rendu pour déterminer les activités du lendemain. Naïf-ve-s et intrépides, nous avons accédé à la conférence de toutes sortes de façons, et protesté et perturbé les choses autant que possible. À la cérémonie d'ouverture, nous avons commencé par protester à l'extérieur du Palais des congrès, puis quelqu'un a crié «On entre!» et tout le monde s'est précipité à l'intérieur.

Je nous vois encore très bien dans les escaliers roulants — une horde de vestes de cuir, de t-shirts, de cheveux multicolores, de bottes de combat — et j'en passe. Ma meilleure amie, Sally, mesurait 1,80 m, avait des *dreadlocks* volumineux et portait des patins à roulettes; elle sortait vraiment du lot. Nous avons envahi la scène avec nos bannières et scandé «joignez-vous à nous» au public. Beaucoup de personnes se sont levées pour nous encourager. La conférence de 1989 s'adressait aux professionnel-le-s : les invité-e-s étaient des chercheur-euse-s, des médecins et des responsables des gouvernements et de la santé publique. L'idée de faire participer les personnes touchées par le VIH et le sida est née de cette conférence.

Ce dont je me souviens très bien, c'est qu'à un moment donné, [le président d'AIDS Action Now!] Tim McCaskell a dit : «Je veux inaugurer la conférence au nom des personnes vivant avec le VIH et le sida». Prendre le contrôle de la scène était important, mais lire ce qui est devenu le Manifeste de Montréal en anglais, en français et en espagnol l'était encore plus. Nous avons retardé la cérémonie d'ouverture d'une heure





« Prendre le contrôle de la scène était important, mais lire ce qui est devenu le Manifeste de Montréal fut un moment vraiment important. »

– Karen Herland

environ, puis nous sommes parti-e-s. Certain-e-s des manifestant-e-s sont resté-e-s pour chahuter Brian Mulroney [alors premier ministre] pendant son discours.

Chaque jour, de multiples gestes ont été posés au nom de différentes populations et communautés. Sur les centaines de résumés présentés, seuls 12 concernaient les femmes — et ce, uniquement du point de vue de la maternité ou du travail du sexe. Il n’y avait aucune autre mention des femmes en lien avec le VIH à cette époque. Nos actions étaient politiques, mais sociales aussi. J’ai rencontré des gens incroyables. Nous avons passé tellement de temps ensemble et nous étions tou-te-s vraiment dévoué-e-s à la cause, mais nous avions l’impression de prêcher dans le désert.

Nos actions à la conférence et nos revendications ont conduit à l’aide provinciale par un programme de médicaments qui existe toujours. On a beaucoup écrit sur la façon dont cette conférence a modifié la relation entre les « patient-e-s » et la communauté

scientifique. Elle a créé une situation où les personnes directement touchées par le VIH/sida ont exigé d’être entendues, et où on a reconnu qu’elles avaient leur mot à dire sur la prestation des services, l’élaboration des programmes et l’allocation des ressources.

TIM MCCASKELL

« Dinosaur du sida » autoproclamé
Participation à des conférences internationales sur le sida : 5

Je venais d’être nommé président d’AIDS Action Now! (AAN!). Peu avant la conférence, nous avons contacté ACT UP New York. Jusqu’alors, les conférences sur le sida s’adressaient à l’industrie médicale et pharmaceutique. Si des personnes atteintes du VIH et du sida en arrivaient

à être sur place, elles étaient présentées comme des spécimens de ceci ou de cela. ACT UP a en quelque sorte changé la façon dont nous nous percevions — non pas comme des patient-e-s, mais comme des personnes vivant avec le VIH et le sida, et comme des êtres humains qui devaient changer la façon dont l’épidémie était conceptualisée. Les personnes vivant avec le VIH et le sida voulaient aller à la conférence pour obtenir les plus récentes données scientifiques. Savoir si nous pouvions faire quelque chose pour rester en vie était au cœur de nos préoccupations.

Je suis allé à Montréal en mars pour voir le site de la conférence. J’ai réussi à en obtenir le plan, que j’ai montré à ACT UP, avec qui nous avons rédigé le Manifeste de Montréal décrivant les droits des personnes atteintes du VIH et du sida. Le message fondamental était « rien ne se fera pour nous sans nous », et le manifeste demandait une plus grande solidarité internationale, un meilleur accès aux traitements, plus d’argent pour la recherche et bien d’autres choses.

En juin, un groupe de membres d’AAN! s’est rendu à Montréal. Un petit groupe appelé *Réaction Sida* avait trouvé un local pour bureau à quelques minutes en autobus du Palais des congrès. C’était la première conférence sur le sida où les militant-e-s s’étaient doté-e-s d’un quartier général. Nous nous sommes réuni-e-s avec ACT UP et *Réaction Sida* pour planifier nos interventions. Pour l’inauguration de la conférence, nous avons prévu une manifestation devant l’entrée principale du Palais des congrès, et différentes personnes étaient censées prendre la parole à l’entrée des délégué-e-s. ACT UP était un peu plus intrépide. J’étais sur le point de parler quand j’ai entendu un vacarme derrière moi. Les gens d’ACT UP avaient franchi les portes d’entrée et commencé à défiler à l’intérieur. Ils n’avaient prévenu personne, et tout le monde a été pris par surprise.

Nous avons décidé de les suivre. Dans la salle de conférence, nous nous sommes précipité-e-s sur la scène... sans avoir trop réfléchi à ce qu’on allait faire. Nous tournions en rond en attendant Mulroney, puis un micro est apparu devant moi. Alors, en tant que chef du groupe militant canadien, j’ai officiellement inauguré la conférence au nom des personnes vivant avec le VIH et le sida. Mon discours a été bref et improvisé. *Grosso modo*, je m’en suis

pris au gouvernement Mulroney pour son inaction, son incompétence et sa négligence face à cette crise. Rappelons qu'à l'époque, Mulroney n'avait jamais prononcé publiquement le mot « sida ».

Le public a applaudi, heureux du divertissement. Et je pense que cela a changé la perception des gens. On sentait beaucoup de solidarité, mais à mon avis, le public était estomaqué parce que c'était du jamais vu. L'auditoire comportait surtout du personnel médical habitué à composer avec des patient-e-s, pas avec des militant-e-s. Après mon discours, nous n'avions toujours pas de plan. Les organisateur-trice-s ne pouvaient pas faire venir le premier ministre parce qu'il y avait ces fous sur la scène, et nous n'allions pas nous faire sortir sans opposition. À brûle-pourpoint, nous avons décidé de lire le Manifeste de Montréal. Il fallait bien à un certain moment laisser la conférence suivre son cours, alors nous sommes descendu-e-s de scène. Un groupe d'entre nous s'est assis sur des sièges à l'avant qui étaient

réservés aux dignitaires. Puis, les agents de sécurité ont jugé que la situation était assez sûre pour laisser Mulroney prendre la parole. Les organisateur-trice-s de la conférence ont fait des pieds et des mains pour garder le contrôle de la situation. Je pense qu'ils ont compris que le monde avait changé, car ils ont fini par demander à une personne de Vancouver atteinte du sida de faire un discours de clôture, ce qui ne figurait pas dans leurs plans initiaux.

À partir de là, la Société internationale du sida (IAS) a prévu un espace pour les militant-e-s lors de chaque conférence et a créé un groupe de liaison avec ces militant-e-s, ayant réalisé que nous serions là de toute façon. Nos gestes ont changé la nature de ces conférences. Tout le monde savait que les personnes atteintes du sida allaient agir et s'exprimer, et que nos problèmes allaient faire partie des

discussions, même si nous ne figurions pas à l'ordre du jour officiel, et qu'il fallait donc nous prendre au sérieux. L'IAS a aussi commencé à fournir des subventions pour que les personnes atteintes du VIH et du sida puissent assister aux conférences, ce qui voulait dire que nous étions assis-es à la table, soulevant toutes sortes de questions embarrassantes.

Nous avons réussi à obtenir l'accès aux traitements expérimentaux à des fins humanitaires. Et le genre de coups de publicité et de protestations dont ACT UP a été le pionnier est devenu partie intégrante de l'arsenal du parfait militant. Nous avons vraiment fait pression pour que les choses bougent.

JOHN GREYSON

Vidéographe/cinéaste

Participation à des conférences internationales sur le sida : 3

La conférence de Montréal était mémorable parce que nous avons pris d'assaut la scène. J'étais membre d'AIDS Action Now! (AAN!) et mon petit ami de l'époque et moi étions là pour tourner un documentaire sur les revendications des militant-e-s du monde entier. Jusqu'alors, les conférences sur le sida avaient été dominées par les expert-e-s. ACT UP New York, AAN! et d'autres militant-e-s queer et locaux se sont réunis et ont dit : « Il faut changer le *statu quo*. Assez, c'est assez. Nous sommes en 1989, et c'est là que ça se passe ». Nous avons dessiné des bannières, des affiches et des pancartes. Notre campagne s'intitulait « *The World is Sick (sic)* » — le monde est tanné du joug des multinationales, des grandes sociétés pharmaceutiques, du président Bush. Nous avons chargé les fourgonnettes et pris la route vers Montréal.

Les manifestations d'ouverture furent extraordinaires et restent gravées dans nos mémoires. Le plan était de scander des messages et de protester à l'extérieur du Palais des congrès. Mais allions-nous entrer? Ce n'était pas l'intention, si je me souviens bien, mais peut-être que certain-e-s en avaient décidé autrement. Chose qui est sûre, les militant-e-s avaient la désobéissance civile dans le sang cette semaine-là. Il y a eu un moment décisif où les gens ont passé la porte. Il n'était plus question de rester à l'extérieur à scander poliment nos slogans. *Il fallait entrer*. Nous avons forcé les barricades et emprunté les escaliers roulants. Une grande partie de ces images se retrouvent dans le documentaire « *The World is*

« *Quelqu'un m'a
tendu un micro et
j'ai officiellement
inauguré la conférence
au nom des personnes
vivant avec le VIH et
le sida.* »

— Tim McCaskell





rangé-e-s du côté des militant-e-s. C'était un moment charnière. Les médecins et les responsables gouvernementaux se sont soudainement intéressé-e-s à nos problèmes.

Ce fut un moment décisif pour les militant-e-s sur la scène mondiale. Le militantisme était très actif depuis 1987, mais c'était la première fois qu'il se déroulait à un niveau mondial. C'était une chance pour nous d'ouvrir la voie au niveau mondial. Après la cérémonie d'ouverture, j'ai surtout travaillé sur mon film, en courant partout et en interviewant certain-e-s des militant-e-s les plus exceptionnel-le-s d'Australie, d'Afrique et d'Amérique du Sud. Leur énergie et leur brio, en particulier le travail des Sud-Africain-e-s, m'ont ouvert les yeux sur le sida dans une perspective mondiale. J'étais également l'un des coordonnateurs du programme culturel, dont Ken Morrison était le maître d'œuvre. Chaque soir, nous présentions des films, des lectures de poésie, une exposition d'art. Ces événements ont occupé une grande partie de mon temps à la conférence.

L'un des événements les plus marquants de l'année 1989 demeure les manifestations de la place Tiananmen. Le Palais des congrès se trouve à proximité du quartier chinois et, chaque jour, nous nous rendions sous la porte d'entrée de ce quartier, où des militant-e-s chinois-es collaient des affiches en mandarin informant de ce qui se passait à Tiananmen. Une grande partie du courage dont nous avons fait preuve en franchissant la barricade était inspirée du courage des manifestant-e-s de Tiananmen et de l'indignation face à la situation, comme s'il y avait quelque chose dans l'air qui nous contaminait tous et toutes. Il y avait un nouveau virus en ville et il s'appelait le courage!

AAN! avait déjà perdu tant de membres. Voir chez notre gouvernement la même indifférence que celle affichée par Reagan et le mépris de Mulroney pour les personnes atteintes du sida suscitait une réaction viscérale. L'establishment médical était heureux d'accepter des projets de recherche et de poursuivre tranquillement ses activités, mais le sentiment d'urgence était totalement absent. On peut bien boire des cocktails confortablement dans sa chambre d'hôtel aux frais de la princesse, mais qui dit conférence ne dit pas vacances. Cette conférence devait avoir pour but de reconnaître l'urgence. Et c'est ce que nous avons apporté sur la scène. +



« Il ne s'agissait pas de demander le micro, mais bien de le prendre. Le symbolisme de cette action ne peut être sous-estimé. »

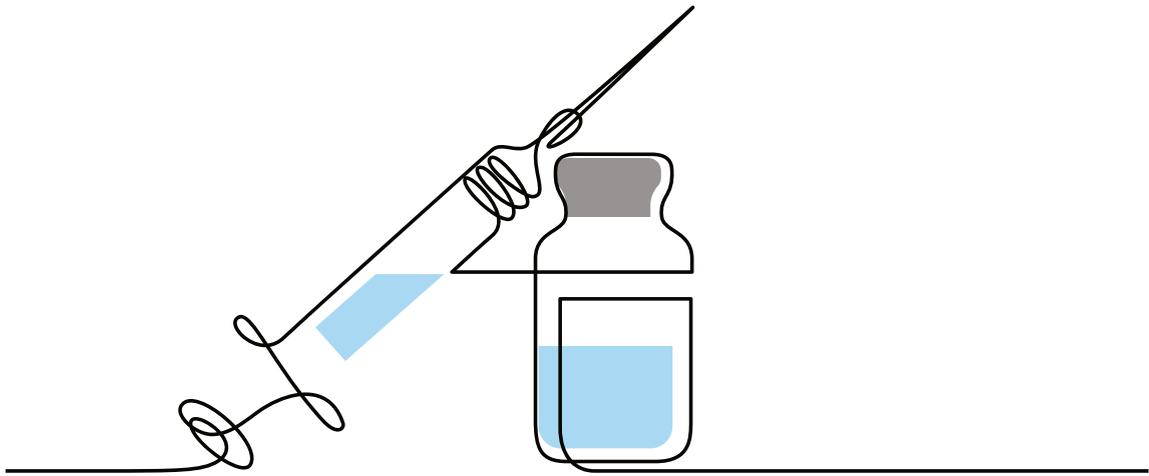
– John Greyson

Sick (sic)», car j'ai pu continuer à filmer pendant tout l'évènement. Je suis l'une des rares personnes à avoir filmé ce qui s'est passé ensuite.

Sur la scène, Tim McCaskell s'est saisi du micro et, au nom des personnes vivant avec le sida, il a inauguré la conférence. Il ne s'agissait pas de demander le micro, mais bien de le prendre. Le symbolisme de cette action ne peut être sous-estimé. C'est une masse critique de militant-e-s très organisé-e-s et convaincant-e-s du monde entier qui est entrée. Et ce geste a donné le ton au reste de la semaine. Cette déclaration, ce défi que nous lancions en quelque sorte, nous a donné la permission, dans chaque réunion et chaque contexte, de nous exprimer et de changer l'ordre du jour. Après l'inauguration officielle de Tim, nous avons quitté la scène. Nous nous étions emparé-e-s de la scène — et là résidait toute notre

victoire, le moment symbolique — puis nous l'avons quittée. Mulroney s'est levé pour souhaiter la bienvenue à l'auditoire. Il n'avait jamais prononcé le mot qui commence par «s» (ou par «A» en anglais), comme Tim l'avait souligné dans son mot d'inauguration, alors nous nous sommes tou-te-s levé-e-s et avons scandé «Le temps est venu!».

Mulroney a agi comme s'il était à une noce en train de porter un toast à la mariée. Tout son mandat pouvait s'expliquer par son arrogance. Face à des mensonges, la seule façon de réagir est de crier et de perturber le cours des choses. Les médecins et les grandes sociétés pharmaceutiques qui aimaient leurs conférences sur le sida, avec leurs hôtels quatre étoiles et leurs notes de frais, étaient plutôt mécontent-e-s. Mais, à la fin de la conférence, ils et elles s'étaient



Cabenuva

Il existe un médicament injectable contre le VIH.

Darien Taylor nous présente cette solution.

Depuis la découverte des premiers traitements efficaces, les médicaments anti-VIH sont toujours présentés sous forme de comprimés. Avec l'évolution du traitement au fil des années, le nombre de comprimés à prendre a diminué : si dans les années 1990, il fallait prendre une poignée de comprimés par jour, aujourd'hui, le traitement peut se résumer à la prise quotidienne d'un seul comprimé. Mais un nouveau médicament est en passe de transformer la prise en charge de l'infection par le VIH : Cabenuva, une association de cabotégravir (un inhibiteur de l'intégrase) et de rilpivirine (un agent non nucléosidique), est le premier médicament injectable contre le VIH homologué au Canada. Au lieu de prendre chaque jour des comprimés, il s'agit simplement de recevoir des injections tous les mois ou tous les deux mois.

Cabenuva doit être injecté dans le muscle fessier par un-e professionnel-le de la santé. Sébastien Poulin, médecin à la Clinique I.D. de Saint-Jérôme, à la clinique médicale du Quartier latin et à la clinique L'Agora de Montréal, est l'un des premier-ère-s médecins à administrer Cabenuva à ses patient-e-s. Dans les cliniques du Dr Poulin, le personnel médical sélectionne soigneusement les patient-e-s à qui prescrire ce traitement. «Cabenuva ne convient pas à tout le monde, dit-il, mais nous le prescrivons souvent à notre clinique et les résultats sont satisfaisants.» Le patient ou la patiente

idéa-e sont des personnes qui, pour une raison quelconque, ont du mal à prendre des comprimés tous les jours. Il ou elle doit avoir obtenu une suppression virologique en suivant son traitement en cours, et ne pas présenter de résistance aux médicaments contenus dans Cabenuva. Il ou elle doit aussi s'engager à respecter tous ses rendez-vous. C'est une mesure importante pour maintenir l'état de suppression virologique.

La transition de votre traitement anti-VIH actuel vers des injections à action prolongée ne peut pas se faire du jour au lendemain. Elle commence par une phase d'«induction par voie orale» consistant à prendre des comprimés renfermant les mêmes substances que Cabenuva. Cette phase dure un mois. En l'absence d'effets secondaires inquiétants durant cette phase, les injections peuvent débuter. Celles-ci doivent être administrées par un-e médecin ou un-e infirmier-ère et, en Alberta seulement, par un-e pharmacien-ne. D'après le Dr Poulin, la plupart des patient-e-s apprécient cette relation plus directe avec les membres de leur équipe soignante. «Ils/elles se sentent accepté-e-s et écouté-e-s», dit-il. En ce qui concerne les effets secondaires, il précise que les patient-e-s ne signalent rien d'autre qu'une douleur et une enflure temporaires au point d'injection.

Cabenuva figure maintenant sur toutes les listes de médicaments provinciales, sauf celle de la Colombie-Britannique. Dans l'ensemble, explique le Dr Poulin, le traitement injectable «offre une autre solution intéressante aux personnes vivant avec le VIH, laquelle peut convenir à leur mode de vie et à leurs préférences personnelles». Ses patient-e-s ont donc un souci de moins. «Ils ou elles apprécient grandement la liberté qu'offre Cabenuva, dit-il. Ces personnes affirment n'avoir aucune intention de revenir aux médicaments anti-VIH à prise orale.» +

Darien Taylor vit avec le VIH et travaille dans le domaine du VIH depuis plus de 30 années.



Un «cercle vicieux»

La violence entre partenaires intimes (VPI) est fréquente au Canada, mais mal comprise, sous-déclarée et sous-abordée. Quel est le lien entre la VPI et le VIH?

Alexandra Kimball nous en dit plus.

ILLUSTRATION PAR SÉBASTIEN THIBAULT

AVERTISSEMENT : Ce contenu pourrait perturber certain-e-s lecteur-trice-s.

En 2009, des médecins de la Southern Alberta HIV Clinic ont fait une découverte tragique qui allait transformer la façon dont ils et elles abordent les soins liés au VIH. «Nous étions à mesurer le rendement de notre programme de lutte contre le VIH, qui se révélait excellent», se souvient le directeur clinique, John Gill. Un grand nombre de leurs client-e-s se portaient bien, présentaient des comptes élevés de lymphocytes T, des charges virales indétectables et une bonne santé globale. Mais un cas se démarquait : une patiente avait été tuée à la maison par son partenaire. «Sur papier, on voyait un succès sur le plan médical, nous dit M. Gill. Par contre, alors que nous nous penchions sur leurs besoins médicaux, nous avons omis de vérifier si l’environnement à la maison était potentiellement dangereux». En tant que personne vivant avec le VIH, la cliente présentait un risque élevé d’être exposée à de la violence entre partenaires intimes (VPI).

Aussi connue sous le nom de violence conjugale ou violence familiale, la VPI peut prendre diverses formes allant de la violence physique et l’agression sexuelle à la violence psychologique, comme les insultes, les menaces et les comportements possessifs ou jaloux. Après le décès de leur cliente, M. Gill et son équipe ont commencé à examiner le lien entre le VIH et la violence conjugale afin de venir en aide aux patient-e-s exposé-e-s à ces situations. Ils ont fait

appel à des travailleur-se-s sociaux-ales spécialisé-e-s en VPI et ont commencé à s’informer auprès de leurs patient-e-s de la violence à la maison afin de les aiguiller vers des services de logement et de counseling d’urgence, au besoin. «Par respect pour la cliente décédée, nous dit John Gill, nous nous devons d’empêcher que la situation se reproduise».

« LA VPI EST UNE QUESTION DE POUVOIR »

La VPI est «une forme de violence pouvant survenir dans n’importe quelle relation : hétérosexuelle, queer, bispirituelle et autres», explique Karen Wood, directrice de Research and Education for Solutions to Violence and Abuse (RESOLVE) à l’Université de la Saskatchewan. Toutefois, selon le sexe d’une personne elle peut être exposée à plus de risques. «J’utilise le terme “violence fondée sur le genre”, car ce dernier est associé au pouvoir et la VPI est une question de pouvoir», dit M^{me} Wood. En tant que groupe possédant moins de pouvoir social et économique que les hommes, les femmes sont beaucoup plus vulnérables à la VPI. Une étude américaine a révélé qu’un quart des femmes avait subi une grave blessure causée par leur partenaire intime, comparativement à un homme sur neuf.

Certains groupes marginalisés — comme les femmes, les personnes 2SLGBTQ, les personnes racisées et celles vivant

dans la pauvreté — courent plus de risques d'être exposés à la VPI. Ces personnes font aussi face à des issues plus graves découlant de cette violence, telle la transmission du VIH. Le VIH et la violence familiale sont étroitement liés : la violence à la maison accroît les risques de contracter le VIH, et le VIH peut rendre une personne vulnérable à la violence. Une étude de la Southern Alberta HIV Clinic soutient cette théorie. L'équipe de John Gill a conclu qu'au-delà d'un tiers de leurs client·e·s avait été victimes de VPI, et que les personnes autochtones ou 2SLGBTQ, ou les deux, étaient massivement surreprésentées. En raison du racisme systémique et du traumatisme en découlant, les Autochtones présentent des taux plus élevés de pauvreté, de problèmes de santé mentale et de consommation de substances qui les exposent à un risque accru de violence familiale. Comme pour les autres groupes, le genre influe sur ce risque. «Au Canada, les femmes autochtones sont trois fois plus susceptibles d'être victimes de violence en tout genre que les autres femmes, et de la VPI en particulier», explique Pamela Downe, professeure d'anthropologie à l'Université de la Saskatchewan. Elles courent aussi le risque de souffrir de blessures plus graves engendrées par la VPI que les femmes non autochtones.

LA VPI ET LES FEMMES AUTOCHTONES

Dans les années 1980, les femmes autochtones représentaient 9 % des féminicides au Canada. En 2015, elles en représentaient un quart. «La majorité de ces meurtres sont survenus à la maison», précise M^{me} Downe. Le VIH accroît le risque de violence pour les femmes autochtones et vice versa, ce qui aggrave le fardeau du VIH que supportent déjà les femmes autochtones : le taux de VIH chez les Autochtones est double comparativement à celui de la population non autochtone, et un nombre disproportionné des nouvelles infections est recensé chez les femmes autochtones.

Pourquoi les femmes autochtones vivant avec le VIH sont-elles plus à risque d'être exposées à la VPI? «On peut ramener tout ça à la pauvreté, d'expliquer M^{me} Downe. À cause du racisme structurel, les femmes autochtones risquent davantage de vivre dans une pauvreté qui restreint leurs capacités à déménager rapidement dans un hôtel ou à avoir accès à des médicaments ou même à avoir accès à un véhicule pour se rendre dans un établissement de soins de santé.» Le racisme au sein des services policiers et du système judiciaire peut également dissuader les femmes de signaler la VPI à la police. Les mères autochtones sont particulièrement vulnérables, car elles font déjà face à un risque élevé de se faire retirer leurs enfants par les services d'aide sociale à l'enfance. «Les tribunaux considèrent qu'exposer des enfants à de la violence conjugale constitue une maltraitance sur enfant», poursuit M^{me} Downe. Une femme autochtone signalant de la VPI à la police pourrait avoir peur de perdre la garde de ses enfants et pourrait être accusée de maltraitance sur enfant s'ils ou elles ont été témoins de son agression.

Les femmes autochtones vivant avec le VIH, faisant face à la violence, se retrouvent dans ce que les sociologues appellent un «cercle vicieux», soit une situation pour laquelle il n'existe aucune solution facile, car tous les aspects du problème sont interreliés. Pour les femmes autochtones séropositives au VIH, plus la violence s'aggrave, plus elles ont de la difficulté à prendre en charge leur VIH. Moins d'options se présentent donc à elles pour quitter une relation. Ce cercle vicieux affecte aussi d'autres groupes marginalisés affichant des taux plus élevés de VIH et de VPI, comme les personnes 2SLGBTQ. Leur

statut VIH peut leur nuire au moment de chercher de l'aide afin de contrer la violence, et les situations de violence à la maison peuvent les empêcher d'obtenir les soins adéquats pour leur VIH. La discrimination à laquelle sont exposés ces groupes les empêche de chercher de l'aide auprès du système judiciaire et médical. «C'est un problème qui devient de plus en plus difficile à résoudre», ajoute M^{me} Downe.

LE VIH ET LA VPI

Le VIH et la VPI sont liés, car tous les deux touchent des groupes marginalisés et parce que le VIH se transmet généralement par les relations sexuelles et la consommation de drogues, des éléments à prendre en compte dans les relations abusives. Par exemple, un·e partenaire violent·e pourrait forcer une personne à avoir des relations sexuelles sans condom, menant à la transmission du VIH. Il ou elle pourrait empêcher une personne de commencer un traitement de prophylaxie pré-exposition (PrEP) ou la forcer à l'arrêter, obliger une personne à consommer de la drogue ou à utiliser des méthodes avec lesquelles elle n'est pas à l'aise, comme l'injection. Contraindre une personne à partager ou à réutiliser du matériel d'injection peut également accroître son risque de VIH.

Les personnes vivant avec le VIH peuvent présenter des taux plus élevés de violence physique de la part de leur partenaire. La stigmatisation liée au VIH peut ensuite les isoler; une personne vivant avec le VIH pourrait rester avec un·e partenaire violent·e parce qu'elle a peur de ne pas trouver un·e autre partenaire. Le VIH peut aussi influencer sur le type de violence vécue par une personne et sa gravité. Une étude menée aux États-Unis indique qu'un diagnostic de VIH augmente le risque qu'une personne subisse de la violence physique et cette violence est souvent liée au VIH. Une autre étude a laissé entendre que plusieurs femmes craignent de subir de la violence si elles dévoilent leur statut VIH, et 4 % d'entre elles ont subi de la violence physique lorsqu'elles l'ont fait. Même si une personne n'est pas violente physiquement, elle peut se servir du VIH de son ou sa partenaire comme arme psychologique : elle pourrait l'insulter ou le/la dénigrer en raison de son statut VIH ou utiliser ce dernier pour faire du chantage. Ceci s'explique par le fait qu'au Canada, le non-dévoilement du statut avant d'avoir des relations sexuelles peut constituer une infraction criminelle. Un·e agresseur·se pourrait menacer de dire aux autorités que son ou sa partenaire n'a pas dévoilé son statut VIH, même si c'est faux, le ou la mettant à risque d'accusations criminelles. Les personnes pourraient donc éviter de signaler à la police des actes de violence, parce qu'elles craignent que des accusations ne soient portées contre elles.

PRÉDIRE LES RÉSULTATS POUR LA SANTÉ

Lorsque la Southern Alberta HIV Clinic a commencé à surveiller la violence conjugale chez les nouveaux·elles patient·e·s, le personnel a fait une autre découverte importante. Il savait que les personnes vivant avec le VIH étaient plus exposées à la VPI, mais il a également découvert que les client·e·s exposé·e·s à la VPI risquaient davantage d'avoir des issues médiocres quant à leur santé. «Nous avons constaté que la VPI constituait un important indicateur pour déterminer si une personne continuerait ou non à suivre son traitement contre le VIH», précise M. Gill. À cause de la violence à la maison, la personne était moins susceptible d'aller à ses rendez-vous et de se présenter à ses visites de suivi. Cette conclusion est compatible avec la dynamique de pouvoir qui règne dans les relations abusives, où un·e partenaire violent·e peut empêcher l'autre d'obtenir

ses médicaments en retenant son argent ou en bloquant l'accès à une voiture.

John Gill explique que si un-e client-e est victime de VPI, il ou elle est plus susceptible d'être hospitalisé-e et son VIH pourrait progresser vers le sida. En 2021, le personnel a examiné les données de la clinique sur une période de dix ans et a conclu que les personnes faisant face à la VPI présentaient un taux de mortalité plus élevé de près de 50 %, après ajustement pour tenir compte de variables comme l'âge, confirmant que la décision de la clinique de surveiller la VPI chez les patient-e-s dès leurs premiers rendez-vous était la voie à suivre. « Détecter la VPI permet de repérer les personnes susceptibles d'issues médiocres, de prendre des mesures et de réduire les effets de cette violence », affirme M. Gill.

La violence à la maison accroît les risques de contracter le VIH, et le VIH peut rendre une personne vulnérable à la violence.

VERS LE PROGRÈS

Selon M. Gill, trouver une façon d'améliorer les résultats pour les personnes vivant avec le VIH qui font également face à la VPI s'est avéré autant difficile qu'enrichissant. L'une des choses les plus importantes qu'il a comprises est l'importance de la confiance, souvent difficile à établir avec les patient-e-s qui ont vécu de la violence. « Il fallait poser la question. Les client-e-s n'en parlaient pas, sauf si le sujet était abordé directement — il y a tant de honte et de stigmatisation associées [à la VPI]. Pour des soins efficaces liés au VIH, un lien de confiance doit s'établir entre le ou la prestataire de soins et le ou la client-e, explique-t-il. Vous devez expliquer la nature de la maladie et celle du traitement. Le ou la patient-e doit se sentir dans un environnement compatissant et sécuritaire. »

Une fois que ces client-e-s ont établi un lien de confiance avec leurs prestataires, ils/elles se trouvent en excellente position pour recevoir de l'aide. « Une clinique du VIH est d'ailleurs un bon endroit pour dévoiler la VPI, de dire M. Gill, car la nature répétitive des visites permet de bâtir un lien de confiance. » À partir de là, les patient-e-s de la Southern Alberta HIV Clinic peuvent avoir accès à du counseling sur place pour la VPI ou obtenir des recommandations pour des services externes, comme le logement d'urgence. La clinique emploie trois travailleur-se-s sociaux-ales qui aiguillent les patient-e-s vers des refuges sensibilisés aux questions liées au VIH. « Nous avons vécu plusieurs situations où nous ne pouvions pas renvoyer immédiatement une personne à la maison, se souvient-il. On a ainsi pu lui trouver un endroit sécuritaire. »

La recherche indique que les cliniques VIH peuvent s'avérer de bons endroits pour détecter la VPI. L'étude menée par

la Southern Alberta HIV Clinic a semblé indiquer que des 158 patient-e-s, seulement 22 % avaient déjà été interrogé-e-s au sujet de la VPI dans un contexte de soins de santé. Les auteur-trice-s de l'étude ont recommandé que toutes les cliniques VIH dépistent la VPI et leurs client-e-s ont appuyé cette recommandation. « De grâce, demandez systématiquement à toute personne et à chaque visite si elle est en sécurité à la maison, a conseillé un-e client-e. Nous répondrons avec honnêteté, mais en raison de la honte (et n'étant pas certain-e-s que vous serez réceptif-ve-s à cette déclaration), nous ne la dévoilerons pas [la VPI] d'emblée lors d'une visite médicale de routine. » De plus, selon les client-e-s, il est important que les services d'aiguillage, comme le counseling, soient faciles d'accès. Parmi les personnes ayant dévoilé de la violence lors de l'étude, un quart a été arrimé à du soutien pour la VPI — ce qui pourrait leur avoir sauvé la vie.

ET LA SUITE?

Il y a encore beaucoup de chemin à parcourir pour améliorer les résultats des personnes vivant avec le VIH et qui font face à de la violence. John Gill explique qu'une recherche plus approfondie est nécessaire afin de déterminer les facteurs de risque de VPI et les résultats qui pourraient en découler pour les client-e-s. Les conclusions aideront les prestataires de services à intervenir au bon moment et avec les bons outils. Il souligne également que les chercheur-se-s éprouvent de la difficulté à obtenir du financement pour ces programmes, du fait qu'ils s'adressent à des groupes très marginalisés et mal compris.

En général, le progrès dépendra si on peut régler les causes profondes de la marginalisation et de la violence. Les politiques s'attaquant au racisme et à la pauvreté auront d'énormes répercussions sur les personnes vivant avec le VIH qui ont de la difficulté à accéder aux soins ou qui craignent de chercher de l'aide pour se libérer de la VPI. M^{me} Downe explique que nous devons aussi tenir compte de la stigmatisation entourant la combinaison VIH-VPI; d'ailleurs, des campagnes d'information pourraient dissiper certains mythes au sujet de la VPI. Elles seraient une occasion de partager le message qu'une charge virale indétectable est intransmissible (« I=I »), c'est-à-dire qu'une personne ne peut pas transmettre le VIH lors de relations sexuelles. Moins il y aura de stigmatisation entourant le VIH et la VPI, moins il y aura de discrimination de la part des prestataires de soins.

Avant tout, les politiques qui autonomisent les communautés vulnérables, telles celles des femmes autochtones ou des personnes 2SLGBTQ, mènent à une aide de plus de personnes en difficulté. « Nous devons arrêter de voir [la VPI] comme un problème individuel, et l'envisager plutôt comme un enjeu collectif, explique M^{me} Downe. Que pouvons-nous faire pour une famille, une communauté entière? Pourquoi ne pas commencer à mettre des ressources dans le logement pour des groupes — non pas pour le ou la patient-e seulement, mais aussi pour ses enfants, ses tantes, ses ami-e-s de confiance? » Les soins communautaires ont un impact tentaculaire, améliorant les résultats de tout le monde. « L'union fait la force », conclut-elle. +

Alexandra Kimball est une journaliste et auteure d'œuvres non romanesques qui vit à Toronto. Son premier livre, *The Seed: Infertility Is a Feminist Issue*, a été publié en 2019 par Coach House Books.

Si vous faites face à de la violence et que vous avez besoin d'aide, visitez <https://hebergementfemmes.ca/>

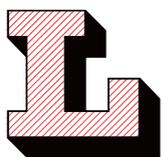
Un
CHATEAU



de **CARTES**

Au Canada, un tiers des personnes sont locataires, et de plus en plus, certaines d'entre elles sont à risque d'être évincées de leur logement. Qu'en est-il de la crise du logement au Canada? Et comment affecte-t-elle les personnes vivant avec le VIH?

Jonathan Valelly mène l'enquête.



L'offre de logements au Canada accuse un retard par rapport à la demande depuis des décennies. Aujourd'hui, le Canada compte le plus faible nombre de logements par personne de tous les pays du G7 et en aurait besoin de 1,8 million de plus pour rattraper la moyenne du groupe. En même temps, la valeur des propriétés explose au pays. La flambée des prix s'accompagne d'une augmentation des loyers, et les propriétaires sont alors tentés d'évincer leurs locataires pour les remplacer par d'autres ayant un plus gros budget. Cela signifie qu'il n'y a pas assez de logements pour d'éventuels propriétaires, que moins de personnes peuvent se les permettre et que la crainte d'une éviction plane sur les personnes qui les louent. Le résultat? Une crise nationale du logement.

Des centaines de milliers de personnes sont sans abri au Canada chaque année; on estime que 35 000 dorment dans la rue chaque nuit. Ce nombre n'inclut pas les personnes qui utilisent des services de loge-trotteurs, ou passent la nuit dans les auberges de jeunesse ni celles en attente d'éviction. Les données montrent que les revenus moyens des membres des communautés à risque de contracter le VIH et l'hépatite C (les personnes racisées, les hommes gais et bisexuels et les personnes qui utilisent des drogues) se situent dans la tranche inférieure et qu'ils et elles sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté et d'être locataires plutôt que propriétaires.

Un logement instable peut aggraver les problèmes de santé. Une étude de 2021 a établi un lien indéfectible entre les évictions et le risque de contracter le VIH par voie sexuelle. Une étude récente publiée dans *The Lancet* a révélé que l'instabilité du logement chez les personnes qui s'injectent des drogues était liée à un risque de VIH 139 % plus élevé qu'en cas de

stabilité d'habitation. Cette étude a également montré que ce type de précarité augmentait considérablement le risque d'avoir une charge virale détectable. Des recherches communautaires menées par des organismes comme le Réseau ontarien de traitement du VIH étayaient ces conclusions : elles montrent que les personnes sans logement vivant avec le VIH ont moins accès aux soins primaires, sont moins susceptibles de prendre des médicaments et sont moins en mesure de suivre leur traitement. Les responsables politiques ont mis du temps à réagir face à cette crise nationale et, de ce fait, les organismes de lutte contre le VIH cherchent à combler les lacunes.

UNE CRISE EN CONSTANTE ÉVOLUTION

Donald Keeping n'aurait jamais imaginé qu'il finirait dans la rue. Originaire de Terre-Neuve et père de deux enfants, il a connu une vie tranquille et la stabilité de l'emploi pendant des années en tant que pêcheur en Nouvelle-Écosse. Mais lorsqu'il s'est blessé au travail, on lui a remis une ordonnance pour des analgésiques. «Je ne pouvais plus travailler alors que j'ai travaillé sur l'océan toute ma vie. Ça a été comme une condamnation à perpétuité : "Je ne pourrai jamais plus faire ça. Terminé!", se souvient-il. En perdant son travail, il a perdu son identité et il est rapidement devenu dépendant des opioïdes. "Je suis devenu accro à la morphine et après quelques années, mon mariage a sombré, et j'ai perdu tout contact avec mes frères et sœurs. Je me suis retrouvé sans abri. Tout mon argent passait dans la drogue." »

Au cours des années qui ont suivi, Keeping a connu plusieurs refuges avant d'échouer au Tommy Sexton Centre Shelter, un refuge de quatre lits à St. John's géré par l'AIDS Committee of

Newfoundland and Labrador (ACNL). Il y a suivi un traitement à la méthadone pour l'aider à gérer sa consommation de drogue. Il a également été testé positif à l'hépatite C. Après avoir suivi un traitement pour guérir l'infection, l'ACNL lui a proposé de vivre dans l'un de ses six logements avec services de soutien à plus long terme. Il s'agit d'appartements abordables destinés aux personnes qui ont reçu un diagnostic d'hépatite C ou de VIH. Le logement a fait toute la différence pour Keeping, qui a déclaré prier pour que les habitants d'un campement de fortune à proximité puissent trouver quelque chose de similaire pour guérir. «Si vous voulez retrouver la sobriété, il faut un certain confort pour être dans cet état d'esprit où on se sent en sécurité, explique Keeping. Et il faut avoir un endroit où dormir. Avoir un chez-soi... vous procure tout ça.»

Gerard Yetman a cofondé l'ACNL à la fin des années 1980 et il y est revenu en tant que directeur général en 2012 après avoir passé 20 ans en Ontario. À son retour, il a remarqué que les choses avaient changé. Au début, les usager·ère·s de l'ACNL étaient principalement des hommes gais qui revenaient de Toronto ou de Vancouver pour passer leurs derniers jours dans leur province d'origine. Des décennies plus tard, le nombre de personnes demandant à vivre dans les logements de l'agence a chuté et elle avait du mal à se débarrasser de cette réputation «d'hospice» qui lui collait à la peau. De plus, les usager·ère·s n'étaient admissibles que s'ils ou elles vivaient avec le VIH. À la même époque, le refuge de courte durée Tommy Sexton Centre Shelter de l'ACNL comptait de nouveaux visages. «Nous avons observé un grand changement de population, se souvient Yetman. Nos logements se sont alors plus adressés aux personnes à risque de contracter le VIH ou l'hépatite C.»

Une grande partie de la clientèle était des personnes qui utilisent des drogues. L'ACNL s'est alors adapté pour que la santé mentale et la réduction des méfaits fassent partie intégrante de son mandat. Cela s'est avéré être un bon choix, car la crise des surdoses a explosé dans les années qui ont suivi. Le coût des logements dans la province a également grimpé en flèche, et un afflux de main-d'œuvre pour le projet du barrage de Muskrat Falls au Labrador a mis la pression sur l'offre de logements. Les membres de la communauté font face à ces crises comme des problèmes matériels immédiats, mais leurs causes sont bien plus profondes : le colonialisme, l'extraction des ressources, l'inégalité des revenus et la stigmatisation, pour n'en nommer que quelques-unes.

LE LOGEMENT ET LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

Sanctum a été créé pour résoudre un problème dans les hôpitaux de Saskatoon. Les personnes qui utilisent des drogues injectables arrivaient avec des infections opportunistes, des blessures et d'autres affections aiguës, mais ne restaient pas jusqu'à l'issue de leur traitement. En fin de compte, l'environnement hospitalier ne répondait pas aux besoins spécifiques de ces patient·e·s dont on attendait de faire subitement preuve d'abstinence dans un endroit stérile et solitaire. Les clinicien·ne·s ne disposaient pas non plus des ressources ni de la confiance des personnes qui utilisent des drogues et ne comprenaient tout simplement pas leur culture pour qu'elles se sentent en sécurité et à l'aise; Sanctum s'est formé en 2015 pour offrir une autre option.

Pour les personnes qui utilisent des drogues, «le modèle de soins dans un hôpital, c'est comme une peine de prison», explique Sandra Blevins, administratrice de longue date et directrice générale par intérim de Sanctum en 2021. Les client·e·s «devaient rester là, alors qu'ils et elles étaient encore très dépendant·e·s, explique-t-elle. C'était une véritable confrontation avec le système.» L'alternative de Sanctum est la suivante : l'organisme propose un traitement à domicile et offre aussi... le domicile. Son établissement phare de 10 lits offre des soins de transition aux personnes qui utilisent des drogues et qui n'ont nulle part où aller, sans parler d'un endroit pour aborder leurs problèmes de santé. Le modèle de prise en charge de Sanctum défend une compassion et un respect sans bornes pour les résident·e·s, quelle que soit leur consommation de substances.

«Sanctum accepte les personnes avec cette belle mission : être un lieu sans jugement, où l'on se met à la portée des gens



« Si vous voulez retrouver la sobriété, il faut un certain confort pour être dans cet état d'esprit où on se sent en sécurité. »

là où ils se trouvent et appliquer — appliquer véritablement — de bonnes pratiques en réduction des méfaits et apporter des soins tenant compte des traumatismes», explique M^{me} Blevins. Les résultats de Sanctum sont éloquentes : deux fois plus de résident·e·s quittent le programme avec une charge virale indétectable par rapport à leur arrivée, et 72 % des résident·e·s déclarent une bonne ou une excellente santé mentale à leur sortie, contre 40 % au moment de l'admission.

Lors de l'éclosion de la COVID-19, les principes de réduction des méfaits de Sanctum ont été mis à l'épreuve. L'organisme n'a pas exigé des résident·e·s l'abstinence, mais a interdit la consommation de substances dans leur logement. Au début, les ordonnances de confinement n'étaient pas incompatibles avec cette politique — la plupart des résident·e·s de l'époque n'utilisaient pas de drogue et avaient peu de raisons de quitter leur domicile. Mais quand cette cohorte a déménagé à l'été 2021, Sanctum avait assoupli ses politiques relatives aux visites à mesure de la réouverture de la province. Une vague de surdoses parmi les nouveaux·elles résident·e·s a suivi. Cette situation a démontré que l'usage non supervisé de drogues se produisait maintenant sur place, ce qui a amené le personnel à réévaluer son approche. Sanctum aurait pu sévir contre les résident·e·s utilisant des drogues dans ses locaux, mais cela les aurait forcé·e·s à sortir davantage, ce qui aurait augmenté le risque de COVID-19 pour les personnes qui y vivent et y travaillent. Au lieu de cela, le conseil d'administration a voté pour s'orienter vers une politique de consommation sécuritaire sur place pendant les confinements. D'autres changements de politique locale continuent de mettre à rude épreuve la capacité de Sanctum : la province a en effet modifié son programme d'aide au logement et a cessé de le payer directement aux

propriétaires, tandis que les pompiers ont fermé deux gratte-ciel densément peuplés pour les personnes à faible revenu. «Nous nous retrouvons ainsi dans une nouvelle situation», soupire M^{me} Blevins.

DES SOINS CENTRÉS SUR LES FEMMES

Pendant des dizaines d'années, le personnel de l'hôpital de Saskatoon, la police et les services de protection de l'enfance étaient appelés dans les salles d'accouchement pour placer les nouveau-nés sous tutelle publique dès leur sortie de l'hôpital. Le système «d'avertissements de naissances», comme on l'appelle, est le fruit de communications coordonnées entre le personnel hospitalier et les travailleur-se-s sociaux-ales ou les forces de l'ordre. Ces avertissements permettent de signaler les femmes enceintes suspectées de ne pas «être aptes à jouer leur rôle de mère», en raison de problèmes de santé mentale, de dépendance ou de logement instable. En règle générale, ces avertissements entraînent le placement des nouveau-nés dans le système d'accueil. En 2020, environ 70 % de ces avertissements concernaient des mères autochtones. Cela perpétue des siècles de perturbations sanctionnées par l'État pour les familles autochtones et, par conséquent, les enfants autochtones sont massivement surreprésentés dans le système des foyers d'accueil.

En 2019, le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées a condamné la pratique des «avertissements de naissances» comme «raciste et discriminatoire» et «une violation flagrante des droits de l'enfant, de la mère et de la communauté». Peu de temps après, la Saskatchewan et d'autres provinces ont annoncé qu'elles aboliraient cette pratique. Cependant, dans la province, cette «raffe» de bébés reste stable chaque année, alors même que le Canada est aux prises avec les séquelles de la maltraitance des enfants dans les pensionnats. Les mères et futures mères autochtones se méfient des institutions médicales et sociales : « Ces mères ne cherchaient aucun type de soins prénataux parce qu'elles craignaient cette interaction à l'hôpital et avec le système, mais aussi d'être retrouvées et signalées, explique M^{me} Blevins. Donc, la transmission du VIH se produisait [pendant la grossesse et l'accouchement]. »

La transmission du VIH pendant la grossesse et l'accouchement peut être évitée grâce à un traitement efficace contre le virus. Mais le traumatisme et la méfiance se heurtent à de nombreux autres défis pour les femmes autochtones. Les dépenses de la vie quotidienne et des soins de santé, le manque d'accès à Internet, les problèmes de transport et de garde d'enfants, les barrières linguistiques et l'itinérance jouent tous contre ces mères. La Saskatchewan a le taux de VIH le plus élevé de toutes les provinces du Canada; le nombre de nouveaux diagnostics y est multiplié par trois chaque année par rapport à la moyenne nationale. Environ 80 % des nouveaux diagnostics dans la province concernent des Autochtones. Mais étant donné la culture de la peur entourant les «avertissements de naissances» et les nombreux obstacles qui se dressent pour obtenir des soins, les femmes enceintes vivant avec le VIH en Saskatchewan traversent une véritable crise; une crise où les problèmes de santé immédiats sont amplifiés par l'iniquité sociale.

En réponse à cette situation, Sanctum a lancé un nouveau programme en 2018 : *Sanctum 1.5*. Il s'agit d'une option d'hébergement holistique prénatale et postnatale pour les femmes vivant avec le VIH ou l'hépatite C et leurs nouveau-nés. Dix logements permettent également de gérer des cas de VIH et de fournir un traitement holistique du syndrome d'abstinence

néonatale, ainsi que des services communautaires. Ceux-ci comprennent : le soutien par les pairs, des aspects de dimension spirituelle présentés par des Aîné-e-s et le développement de compétences parentales et des aptitudes de vie pour les mères et les membres de leur famille en qui elles ont confiance. Depuis sa création, au moins 41 femmes sont passées par ce foyer de soins prénataux. Jusqu'à présent, aucun des enfants n'est né avec le VIH et aucun n'a été retiré de sa famille. *Sanctum 1.5* est le seul programme de ce genre au Canada.

DES DÉFIS À L'HORIZON

«Je n'aurais jamais pensé travailler un jour dans ce domaine. Me voilà en train de faire des trucs sociaux, explique Keith Bowering, coordinateur des logements de Sanctum et défenseur de la réduction des méfaits. Mais c'est la vie, n'est-ce pas?» Ayant consommé et vendu de la méthamphétamine en cristaux pendant 22 ans, dont 10 sans domicile, ses compétences et son expérience se sont révélées utiles. Avant de travailler officiellement en tant qu'intervenant social, Keith était déjà un défenseur dans sa communauté. Il distribuait du matériel en réduction des méfaits et des informations sûres un peu partout en ville, et il le fait toujours après son travail. Aujourd'hui, on le voit souvent à vélo distribuer ses trousseaux de réduction des méfaits en ville, faire la promotion d'une utilisation à moindres risques des drogues lors de festivals de musique ou en train d'organiser des ateliers avec SayKnow.org — un projet qui plaide en faveur de la dépénalisation de la consommation des drogues.

Keith a eu un impact énorme sur les efforts locaux en réduction des méfaits, mais il est franc quant à la lutte à venir en Saskatchewan. La province a récemment déployé un programme d'aide sociale à canal unique, alors qu'auparavant, elle payait directement le loyer aux propriétaires pour éviter les évictions. Le nouveau programme de soutien au revenu de la Saskatchewan remet un montant total de 575 \$ par mois directement aux particuliers pour qu'ils payent le loyer, les services publics et le strict minimum pour vivre. Le résultat? Les gens perdent leur maison plus rapidement que jamais. «Ça n'a jamais été aussi grave. On n'a jamais vu autant de gens déambuler avec des couvertures et des chariots. Tout le monde est foutu! s'exclame Keith. On ne peut même pas trouver un appartement pour 575 \$... encore moins un appartement où il faut encore payer sa facture d'électricité et la caution. »

Ces situations illustrent comment un seul changement de politique peut provoquer une crise du logement, et tout ce qui l'accompagne — surdoses dues à l'approvisionnement en drogues contaminées, taux élevés de VIH et d'hépatite C et disparités criantes en fonction de la classe sociale et de l'ascendance. À ce jour, Sanctum compte un maximum de 28 logements. L'AIDS Committee of Newfoundland and Labrador en compte 10, dont quatre pour de courtes durées. Sans les bonnes ressources, les organismes ne peuvent pas faire grand-chose. C'est pourquoi Keith et ses collègues demandent des changements structurels et juridiques qui pourraient créer plus d'équité pour les personnes ayant des besoins complexes. Cela signifie : dépénaliser et assurer un approvisionnement sûr de drogues; rétablir et améliorer les programmes d'aide sociale; réglementer l'immobilier privé; et, bien sûr, construire des logements accessibles, abordables avec des services de soutien. +

Exerçant à Toronto, Jonathan Valelly écrit, publie et milite pour la cause queer. Ses centres d'intérêt sont les fanzines, la réduction des méfaits, la «culture ballroom», l'abolition des prisons et Prince.

AA Bronson expose le sida

L'artiste AA Bronson parle d'art et
de VIH avec [Ryan Conrad](#).

AA BRONSON PHOTOGRAPHIÉ PAR FLORIAN HETZ



General Idea (GI) était un collectif d'artistes composé de Felix Partz (1945-1994), de Jorge Zontal (1944-1994) et d'AA Bronson (né en 1946). Le groupe s'est formé vers la fin des années 1960, dans le milieu de la contre-culture de Toronto, et a été actif jusqu'en 1994. Le trio a créé des œuvres visuelles, des performances et des vidéos queer renommées et diffusées mondialement. GI a cessé ses activités après les décès de Felix et de Jorge de maladies liées au sida en 1994, mais son art est toujours exposé à travers le monde. De juin à novembre 2022, le Musée des beaux-arts du Canada (MBAC) à Ottawa présentera une rétrospective de son œuvre. À l'automne 2021, l'artiste et universitaire queer Ryan Conrad a interviewé AA Bronson au sujet de cette future exposition et de l'impact que le VIH et le sida ont eu sur son œuvre, pendant et après GI. La présente transcription de leur conversation a été adaptée à des fins de concision et de clarté.

Ryan Conrad : Je suis très curieux de savoir d'où est venue l'idée de cette rétrospective de GI au MBAC.

AA Bronson : Diana Nemiroff avait planifié ce projet il y a longtemps, mais il a été annulé lorsque la direction du MBAC a changé. Le MBAC a acquis sa première œuvre de GI en 1971 — je crois que c'était notre toute première vente —, puis de nombreuses œuvres phares par la suite. Mais il aura fallu 50 ans pour assister à une exposition complète de GI. L'ancien directeur du MBAC, Marc Mayer, avait déjà annoncé son départ lorsqu'il m'a parlé de présenter une rétrospective — l'idée me plaisait, bien sûr. Je pense que leur inaction était

« Bien des gens m'ont dit des choses comme "Pourquoi s'intéresser à cette œuvre sur le sida? La crise du sida est finie. Personne n'est mort du sida depuis des décennies." »

– AA Bronson

devenue gênante. J'avais le sentiment qu'on y arriverait, mais peut-être pas de mon vivant.

RC : Une grande partie de votre carrière artistique a été hors du Canada. Le MBAC est non seulement un musée, mais aussi un lieu qui évoque une identité et une culture canadiennes. Qu'est-ce que cette visibilité signifie pour l'œuvre de GI?

AA : J'ai toujours été attaché au MBAC. Pendant mes études secondaires à Ottawa, je prenais souvent l'autobus pour me rendre au MBAC depuis la banlieue

où j'habitais. Une exposition de 1961 m'a profondément marqué. Elle présentait des artistes comme Ad Reinhardt, Marisol et Warhol. Cette exposition et plusieurs autres ont influencé ma conception de l'art. Au début des années 90, GI a réalisé ses propres versions des carrés noirs de Reinhardt, sous la forme de tableaux noir sur noir sur le sida. Ils sont pratiquement identiques aux carrés noirs originaux d'Ad Reinhardt que j'avais vus au MBAC. Ma vie d'artiste est donc intimement liée au MBAC. Lorsqu'on m'a invité à participer à la rétrospective, j'ai accepté avec plaisir. Le catalogue de l'exposition sera le catalogue définitif de GI, car une telle publication n'existait pas.

RC : Pouvez-vous nous parler de certaines œuvres de l'exposition qui pourraient intéresser particulièrement la communauté du VIH?

AA : C'est difficile, car plus de la moitié de notre œuvre ne convient pas vraiment à un musée. Elle est destinée à la rue ou à l'espace public, ou c'est une performance dans d'autres lieux. Cela limite automatiquement ce qui peut être exposé, car une grande partie de nos œuvres sur le sida relevaient de la sphère publique et de la rue. Nous avons tenté de refléter cela dans le catalogue, en incluant autant d'information que possible sur les œuvres hors musée, comme nos affiches sur le sida dans le métro de New York, notre animation sur l'écran Spectacolor de Times Square et nos affiches dans les trams d'Amsterdam et de Seattle. Nous ne pouvons pas les exposer au musée, mais ce sont les pièces maîtresses de l'œuvre de GI sur le thème du sida.

En juin 1987, nous avons créé un premier tableau sur le thème du sida pour la première collecte de fonds de l'American Foundation for AIDS Research. À l'époque, c'était pour nous une œuvre ponctuelle inspirée du tableau *LOVE* de Robert Indiana. Mais elle a reçu une grande attention et les gens ont beaucoup discuté de sa signification — il y avait tout simplement le mot «AIDS». À l'automne 1987, nous avons décidé de faire une campagne d'affichage dans les rues du sud de Manhattan avec le même logo «AIDS», puis en janvier, nous en avons réalisé une autre à San Francisco. Autour de 1989 ou 1990, Felix, puis Jorge, ont tour à tour reçu un diagnostic de sida. Nos vies se sont soudain remplies de pilules. À la manière typique de GI, nous avons décidé d'intégrer les pilules dans notre création artistique, et il en a résulté toute une série d'installations de pilules. L'installation *One Year and One Day of AZT* (1991) appartient au MBAC. Il y a aussi une pièce intitulée *Fin de siècle* (1990), un terme généralement associé à l'art européen des années 1890 qui met l'accent sur la mort et la morbidité. *Fin de siècle* représente une gigantesque plaque de glace en polystyrène, sur laquelle se trouvent trois bébés phoques blancs échoués. C'était notre autoportrait à l'ère du sida.



AIDS (General Idea, 1987)

RC : À en juger par votre description des œuvres de GI sur le thème du VIH/sida, il est clair que vous avez passé beaucoup de temps à New York. Les artistes américain-e-s abordaient-ils/elles le VIH/sida différemment des Canadiens?

« Nous avons eu l'idée de ne rien dire, en créant un vide, et d'une certaine manière le mot "AIDS" est vide — il ne dit pas grand-chose. »

— AA Bronson

AA : Vers la fin de la vie de Jorge et de Felix, nous sommes revenus à Toronto parce qu'ils savaient qu'ils allaient mourir. Je suis resté à Toronto cinq ans, puis je suis reparti. Sur ces cinq années, il y en a eu une seule où nous avons produit, le plus possible, puis quatre de deuil. Ce que beaucoup de gens ne savent pas, c'est que j'avais 40 ans quand nous avons déménagé à New York, et 41 ans quand nous avons peint notre premier tableau sur le sida — j'étais le plus jeune des trois. Nous avons créé ces œuvres dans la quarantaine, alors que tou-te-s les autres artistes de la région qui produisaient des œuvres sur le VIH/sida avaient dans la vingtaine. Nous étions de générations très différentes.

GI avait déjà présenté plusieurs expositions dans des musées d'Europe et du Canada. Nos œuvres visaient un public international. Nous évoluions dans un contexte où l'anglais n'était pas nécessairement la langue principale et où les problèmes n'étaient pas nécessairement ceux des New-Yorkais. Nous étions privilégiés d'exposer à l'étranger, de pouvoir voyager. Mais nous avons dû trouver une sorte de langage visuel

qui parlait aux gens à l'échelle internationale. Nous avons eu l'idée de ne rien dire, en créant un vide, et d'une certaine manière le mot «AIDS» est vide — il ne dit pas grand-chose. Il s'ensuit que les gens y projettent les questions qu'ils jugent importantes. Ainsi, les perceptions à New York pouvaient être très différentes de celles à Cologne. Une autre raison pour laquelle notre travail se distinguait de celui des artistes américain-e-s, même si cela peut avoir l'air d'une excuse : nous vivions aux États-Unis illégalement. Nous n'allions pas aux réunions de militant-e-s et nous ne participions pas aux manifestations, justement parce que nous ne voulions pas être expulsés. Nous n'avions pas de relations sociales avec les gens de ce milieu; nous étions beaucoup plus âgés. À l'époque, ils nous critiquaient, mais nous n'en étions pas vraiment conscients.

RC : Le collectif d'artistes et de militant-e-s américain-e-s Gran Fury a réalisé son tableau *RIOT* (1988) en réponse au tableau *AIDS* (1987) de GI. Vous deviez en être au courant?

AA : C'était un peu plus tard, en 1988. Le formidable conservateur Frank Wagner avait organisé une exposition sur le sida à Berlin, regroupant principalement des artistes américain·e·s et GI. Pour l'occasion, nous avons réalisé une itération de nos affiches «AIDS», en les placardant dans une station de métro inutilisée, mais très visible. Wagner a invité Gran Fury à se joindre à l'exposition et c'est à ce moment que ses membres ont réalisé le tableau *RIOT*, dans le même format que notre logo «AIDS». Dans leur esprit, c'était une manière de défier GI. Nous pensions que c'était une conversation, et nous trouvions cela génial, mais l'intention était en fait de dénigrer nos affiches «AIDS». Évidemment, le mot «RIOT» ne s'appliquait qu'à la situation américaine, où les émeutes étaient réellement nécessaires; il ne concernait pas l'Allemagne.

RC : J'aimerais guider la discussion vers le réexamen de la crise du sida depuis dix ans. L'exposition du MBAC fait suite à plusieurs expositions, films et mémoires qui ont porté sur les premières années du VIH/sida. Que pensez-vous du mouvement de réexamen actuel? D'aucuns ont déploré le fait qu'il soit motivé par la nostalgie. Cet argument a été popularisé par un projet appelé *PosterVirus*, dont le titre est un hommage à GI.

AA : Je ne suis pas au courant.

RC : *PosterVirus* était un projet d'AIDS Action Now! qui avait pour stratégie de produire de multiples copies et de les coller dans les espaces publics, à la manière des affiches «AIDS» de GI. C'est parti de Toronto, mais les affiches ont circulé partout. L'une de ces affiches de 2013 portait la phrase «Your Nostalgia is Killing Me» [«Votre nostalgie me tue»], en référence au réexamen du militantisme et de l'esthétique du VIH/sida. Les artistes ont trouvé que cela occultait les enjeux que rencontrent les personnes vivant avec le VIH de nos jours. Selon vous, que représente le fait de revisiter aujourd'hui des œuvres historiques?

AA : On ne revisite pas nécessairement par nostalgie, alors je ne suis pas certain. Bien des gens m'ont dit des choses comme «Pourquoi s'intéresser à cette œuvre sur le sida? La crise du sida est finie. Personne n'est mort du sida depuis

des décennies.» Et je leur réponds, eh bien, vous n'avez manifestement pas visité le site Web de l'ONUSIDA récemment — sinon vous sauriez que 680 000 personnes sont mortes du sida l'an passé. Je vois cela comme une occasion d'apprentissage. Je pense que le VIH/sida fait désormais partie des enjeux des soins de santé en général. De nos jours, il est difficile de créer sur le thème du VIH/sida sans souligner les enjeux de classe et de race et tous les autres enjeux qui s'y rattachent. J'ai l'impression que les personnes qui s'en plaignent viennent presque toujours de milieux blancs privilégiés et éduqués qui n'ont pas pris la peine de remarquer qu'il se passe de nombreuses choses en marge de leurs circonstances particulières. Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question, mais quiconque accole le mot «nostalgie» à cette époque ne l'a clairement pas vécue. C'était tout simplement terrifiant.

RC : Aujourd'hui, vous vous décrivez de plusieurs façons, notamment comme «guérisseur». Pouvez-vous nous parler de votre démarche de création après GI?

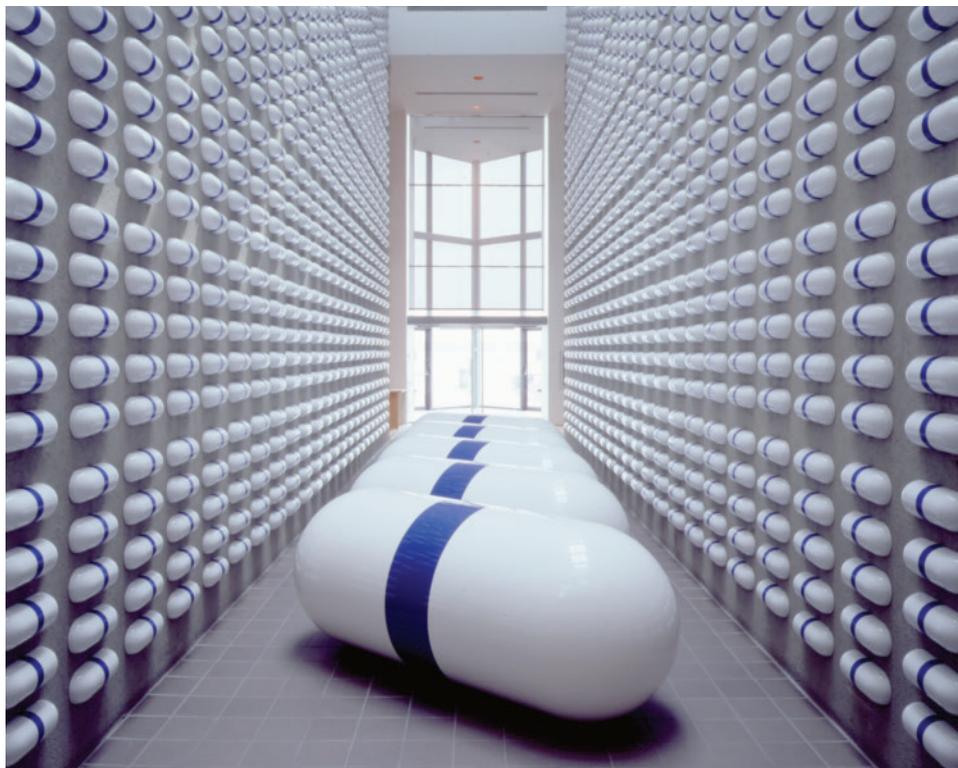
AA : Jorge et Felix sont tous deux décédés à la maison et j'ai pris soin d'eux jusqu'à la fin. J'avais commencé à suivre des cours à l'école Body Electric de San Francisco sur le thème de la guérison,

«Des gens me suggèrent de faire une œuvre sur la COVID, mais ils ne réalisent pas à quel point la crise du sida a été dure. La COVID n'est rien en comparaison.»

– AA Bronson

incluant le massage. J'ai reçu 13 certifications en Californie, mais je ne les ai jamais vraiment utilisées, sauf dans les soins que je prodiguais à Jorge et à Felix. Après leur décès, j'avais beaucoup de mal à faire quoi que ce soit, mais j'ai quand même terminé les expositions de

One Year and One Day of AZT (General Idea, 1991)





AIDS Cross (Cadmium Red Medium) (Installation photographée lors de l'exposition Art Unlimited à la foire Art Basel; AA Bronson, 2021)

GI qui avaient été organisées à l'avance. En 1998, je suis retourné à New York et j'ai suivi un cours de perfectionnement de Body Electric qui m'a donné la confiance d'adopter le titre de guérisseur. Le magazine *BUTT* m'a interviewé sur ma pratique de guérisseur, puis j'ai été submergé de clients! Mais j'ai finalement dû prendre du recul par rapport à cette pratique. Au moment où j'ai déménagé à Berlin en 2013, je prenais de l'âge et je n'avais tout simplement plus la vigueur, ni ce public américain

avide. Par contre, de 2013 à 2018, j'ai produit une série d'expositions en musée vaguement axées sur les idées de guérison et de communauté, aux Pays-Bas, en Autriche et à Berlin, à commencer par *The Temptation of AA Bronson* au Witte de With, à Rotterdam.

RC : Sur quoi vous concentrez-vous maintenant?

AA : En ce moment, je produis de grands tableaux sur le sida inspirés de l'énorme

tableau *LOVE Cross* de Robert Indiana datant de 1967, dans lequel les logos «LOVE» sont disposés en forme de croix. GI a vu cette œuvre à Cologne en 1991 et nous voulions en faire une version sida, mais nous n'avions nulle part où l'exposer. Je vois la croix du sida comme un talisman contre les épidémies, contre l'infection. Je suis en train de les produire et c'est un peu comme m'immerger de nouveau dans GI pour compléter des œuvres inachevées, mais ce sont aussi de nouvelles œuvres.

RC : C'est intéressant, de voir cela comme l'achèvement d'un travail que GI n'a jamais eu la chance de terminer.

AA : Je laisserai les livres d'histoire décider s'il s'agit de mon œuvre ou de celle de GI. Le MBAC les attribue à GI et à moi, ce qui est probablement la bonne chose à faire. Mais ces nouveaux tableaux sont issus de cette ère COVID. Des gens me suggèrent de faire une œuvre sur la COVID, mais ils ne réalisent pas à quel point la crise du sida a été dure. La COVID n'est rien en comparaison. Aussi mortelle soit-elle, aussi grandes soient la douleur et la souffrance qu'elle cause, la situation de la COVID est très différente. Les vaccins ont été développés à une vitesse incroyable, et le système de santé a tenu le coup. Je préfère poursuivre le même travail sur les pandémies et les crises.

RC : Je reconnais que les comparaisons rapides entre le VIH et la COVID ne sont pas très utiles. Ce sont des pandémies très différentes, dans des circonstances très différentes.

AA : Au Canada, nous avons connu une autre pandémie entre les deux, celle du SRAS, que les États-Unis n'ont jamais vraiment reconnue. Nous sommes passés à travers, mais il y aura d'autres épidémies. Les changements climatiques et l'effondrement des biosystèmes entraîneront de plus en plus d'épidémies, de catastrophes médicales, d'urgences virales ou autres choses de cet acabit. Je pense que mon travail se concentre davantage là-dessus, aujourd'hui. +

Ryan Conrad est un artiste, professeur et militant qui vit dans la vallée de l'Outaouais. Pour découvrir ce qu'il fait, rendez-vous sur son site Web de langue anglaise à www.faggotz.org.

CONTRIBUEZ

Vous avez envie de partager votre histoire dans *Vision positive*? Faites-nous parvenir votre nom, votre adresse et un texte de 150 mots décrivant votre histoire à contribuez@visionpositive.ca. Nous préférons recevoir votre message par courriel, mais vous pouvez aussi l'envoyer à nos bureaux. (Nous ne vous renverrons pas les originaux alors veuillez nous envoyer une copie). Pas d'appel téléphonique s'il vous plaît. Seules les personnes dont l'histoire nous intéresse seront contactées. Les contributions paraîtront en ligne et sous format imprimé. Nous pouvons utiliser un pseudonyme pour protéger votre identité. Nous n'acceptons pas de poésie et ne faisons pas la promotion de produits ou services commerciaux. Le texte intégral de la politique de contribution est disponible à www.visionpositive.ca.

CATIE est la source d'information à jour et impartiale sur le VIH et l'hépatite C au Canada. Pour plus d'information, appelez CATIE au 1.800.263.1638 ou visitez www.catie.ca.

REPRODUCTION DE CE DOCUMENT : Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : Ces renseignements ont été fournis par CATIE. Pour plus d'information, communiquez avec CATIE à info@catie.ca.

REMERCIEMENTS : CATIE remercie les nombreuses personnes vivant avec le VIH qui ont offert leur histoire. Grâce à elles, cette publication s'adresse vraiment aux Canadiens-ne-s vivant avec le VIH. Nous tenons aussi à remercier les conseiller-ère-s médicaux-les et de thérapies alternatives, les chercheur-euse-s et les contributeur-trices pour leur aide et leurs précieux commentaires.

Le présent document a été produit grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

IMPORTANT : Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un-e professionnel-le de la santé qualifié-e qui a une expérience des maladies liées au VIH et des traitements en question.

CATIE fournit, de bonne foi, des ressources d'information aux personnes vivant avec le VIH qui, en collaboration avec leurs prestataires de soins, désirent prendre en mains leurs soins de santé. Les renseignements produits ou diffusés par CATIE ne doivent toutefois pas être considérés comme des conseils médicaux. Nous ne recommandons ni n'appuyons aucun traitement en particulier et nous encourageons notre clientèle à consulter autant de ressources que possible.

Nous ne pouvons garantir l'exactitude ou l'intégralité des renseignements publiés ou diffusés par CATIE, ni de ceux auxquels CATIE permet l'accès. Toute personne mettant en application ces renseignements le fait à ses propres risques. Ni CATIE ni l'Agence de la santé publique du Canada — ni leurs personnels, dirigeant-e-s, agent-e-s ou bénévoles — n'assument aucune responsabilité des dommages susceptibles de résulter de l'usage de ces renseignements. Les opinions exprimées dans le présent document ou dans tout document publié ou diffusé par CATIE, ou auquel CATIE permet l'accès, sont celles des auteur-e-s et ne reflètent pas les politiques ou les opinions de CATIE ou les vues de l'Agence de la santé publique du Canada.

Also available in English



CATIE livre des ressources gratuites sur la réduction des méfaits aux particuliers et aux organisations dans tout le Canada.



commandes.catie.ca



commandes@catie.ca



CATIEinfo



La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C

?

Où aller ?

où se faire dépister

où obtenir un traitement

où se procurer la PrEP



+ où obtenir une aide au logement

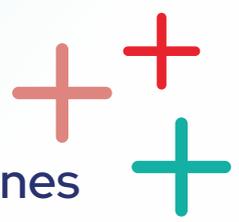
où obtenir des fournitures de réduction des méfaits



où trouver du soutien financier

Rechercher

où obtenir de l'info sur le sexe à moindre risque



Arrimer les personnes à des services de lutte contre le VIH ou contre l'hépatite C, de santé sexuelle ou de réduction des méfaits.

oualler.catie.ca

Le nouveau site Web pour VIH411.ca



La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C