



Au premier plan :
le Canada se mobilise contre le VIH/sida

Avant-propos

Pendant trente ans, des mesures concrètes ont été prises par la société canadienne pour lutter contre le VIH et le sida. Des progrès ont été réalisés. Toutefois, des questions émergentes continuent de mettre au défi la façon dont nous intervenons en tant que Canadiens.

Au premier plan est une des nombreuses composantes intégrales visant à gérer et à diminuer les répercussions du VIH/sida au Canada. Le document examine de nouvelles façons d'avancer - renouvellement de l'engagement, partenariat, innovation - afin de réaliser les résultats que nous voulons atteindre comme pays. Le document présente une vision audacieuse où nous voulons obtenir une intervention multisectorielle et pancanadienne face au VIH/sida. Le document veut aider les secteurs canadiens de la société civile et les administrations gouvernementales dans cet appel à l'action.

Lorsque le Comité champion *Au premier plan* a pris la responsabilité de renouveler l'appel à l'action de l'initiative *Au premier plan : 2005-2010*, il reconnaissait la participation et l'apport essentiels de tous les intervenants pour que le chemin tracé traite des préoccupations des Canadiens qui travaillent en concertation pour atteindre des résultats optimaux. Nous avons consulté des intervenants clés, sondé les personnes atteintes du VIH/sida, des organismes de services liés au sida et des dirigeants communautaires pour atteindre cet objectif. Nous pensons avoir réussi à produire un document qui représente des perspectives globales des personnes atteintes du VIH/sida ou travaillant dans le champ d'intervention en matière du VIH/sida. Nous encourageons les Canadiens à continuer de partager leurs histoires et de mettre ce document à profit dans la planification et la prestation des programmes et des services qui nous permettront, en tant que Canadiens, de mettre au point une intervention plus coordonnée et plus efficace qui mettra fin au virus et sauvera des vies.

Terry Pigeon et Denise Lambert

Coprésidents, Comité champion *Au premier plan*

Remerciements

Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida est un renouvellement de l'appel à l'action (2005-2010), établi de façon concertée par des intervenants qui participent à la lutte du Canada contre le VIH/sida. Le renouvellement du plan d'action *Au premier plan* a été supervisé par le Comité champion Au premier plan (CCAPP), un groupe représentatif d'intervenants des quatre coins du Canada, ainsi que par d'autres experts recrutés pour siéger au comité de rédaction d'*Au premier plan* (comité de rédaction).

Le CCAPP exprimons la reconnaissance envers l'Agence de la santé publique du Canada pour le soutien financier à ce document de renouvellement.

Nous exprimons notre reconnaissance envers les membres du CCAPP et du comité de rédaction.

CCAPP : Terry Pigeon, Denise Lambert, Sharon Baxter, Jacquie Gahagan, Randy Jackson, Kim Thomas, Ciro Panessa, Marsha Hay-Snyder

Comité de rédaction : Brian Conway, Laurie Edmiston, Fran Hyndman, Manik Saini, Chris Archibald, Jennifer Gunning, Leanna Knox-Kinsman et Christine Harmston.

Secrétariat du CCAPP : Patricia Hurd, Tanya Lary, Nikki Maier et Grafton Spooner.

Table des matières

Un appel à l'action.....	1
Qui doit répondre à l'appel à l'action?.....	1
Une approche coordonnée et concertée.....	2
Comment <i>Au premier plan</i> a été élaboré.....	3
Comment se servir du plan d'action.....	3
L'engagement.....	3
La vision.....	4
La mission.....	4
Les valeurs.....	4
Buts.....	5
Le VIH/sida au Canada : pourquoi il faut jouer ensemble un rôle de premier plan.....	6
Taux à la hausse au Canada.....	6
Besoins de plus en plus complexes.....	6
Accès au traitement.....	7
Paysage changeant de la prévention.....	7
Stigmatisation et discrimination.....	8
Déterminants de la santé et inégalités en matière de santé.....	8
Demande croissante des services.....	8
Réduction des coûts.....	9
Sauver des vies.....	9
Appuyer les recherches novatrices.....	10
Orientations stratégiques pour l'avenir.....	10
Au premier plan - Cadre stratégique (modèle logique).....	12
But n° 1: Prévenir la propagation du VIH/sida au Canada grâce aux efforts de promotion de la santé, de prévention comportementale et biomédicale et de protection.....	13
But n° 2 : Renforcer les services de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien pour les personnes vivant au Canada.....	34
But n° 3 : Améliorer la capacité de réduire les inégalités sociales et en matière de santé au Canada.....	40
But n° 4 : Participer activement aux efforts mondiaux.....	49
Conclusion.....	57
Acronymes.....	58
Références.....	59

Un appel à l'action

Plus de 30 ans après le premier cas de sida diagnostiqué, le VIH est toujours parmi nous. En dépit des progrès réalisés en matière de prévention et de traitement, le VIH demeure une cause grave de morbidité et de mortalité ainsi que de perturbation sociale et économique. Des millions de personnes partout dans le monde ont maintenant été infectées par le virus, y compris des dizaines de milliers de Canadiens.

Toutefois, des outils sont disponibles, ou en cours d'élaboration, qui permettent à chaque pays et à la collectivité mondiale d'envisager et de prévoir la « fin du sida » dans le long terme, comme il est indiqué dans l'énoncé de vision du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida intitulé « Objectif zéro : zéro infection, zéro discrimination, zéro décès lié au sida¹ ». À l'heure actuelle, il n'existe ni un remède pour guérir le sida ni un vaccin pour prévenir les nouvelles infections. Les efforts visant à ralentir et à annuler les répercussions de cette maladie évitable doivent être renouvelés et consolidés.

Au premier plan renouvelle l'appel à l'action lancé dans *Au premier plan (2005-2010)* et tire parti des progrès antérieurs grâce à un engagement renouvelé. Il révèle les buts communs et permet aux Canadiens de s'exprimer d'une seule voix afin de jouer ensemble un rôle de premier plan.

Au premier plan offre un plan détaillé stratégique et reconnaît la force d'une intervention pancanadienne coordonnée, multisectorielle et collective face à l'appel à l'action contre le VIH/sida.

Qui doit répondre à l'appel à l'action?

L'appel à l'action vise tous les secteurs : organismes communautaires de lutte contre le sida, personnes vivant avec le VIH/sida, médecins, autres professionnels de la santé et fournisseurs de soins, unités de santé publique, chercheurs, défenseurs des droits de la personne, groupes d'intervention, services de prévention, programmes de toxicomanie, établissements correctionnels, organismes offrant un soutien aux détenus, organismes venant en aide aux jeunes de la rue, commissions scolaires et enseignants dans le domaine de la santé, organismes œuvrant auprès des nouveaux immigrants, organisations autochtones, programmes de logement, organismes de services sociaux, programmes de soins palliatifs et de longue durée, et tous les ordres de gouvernement.

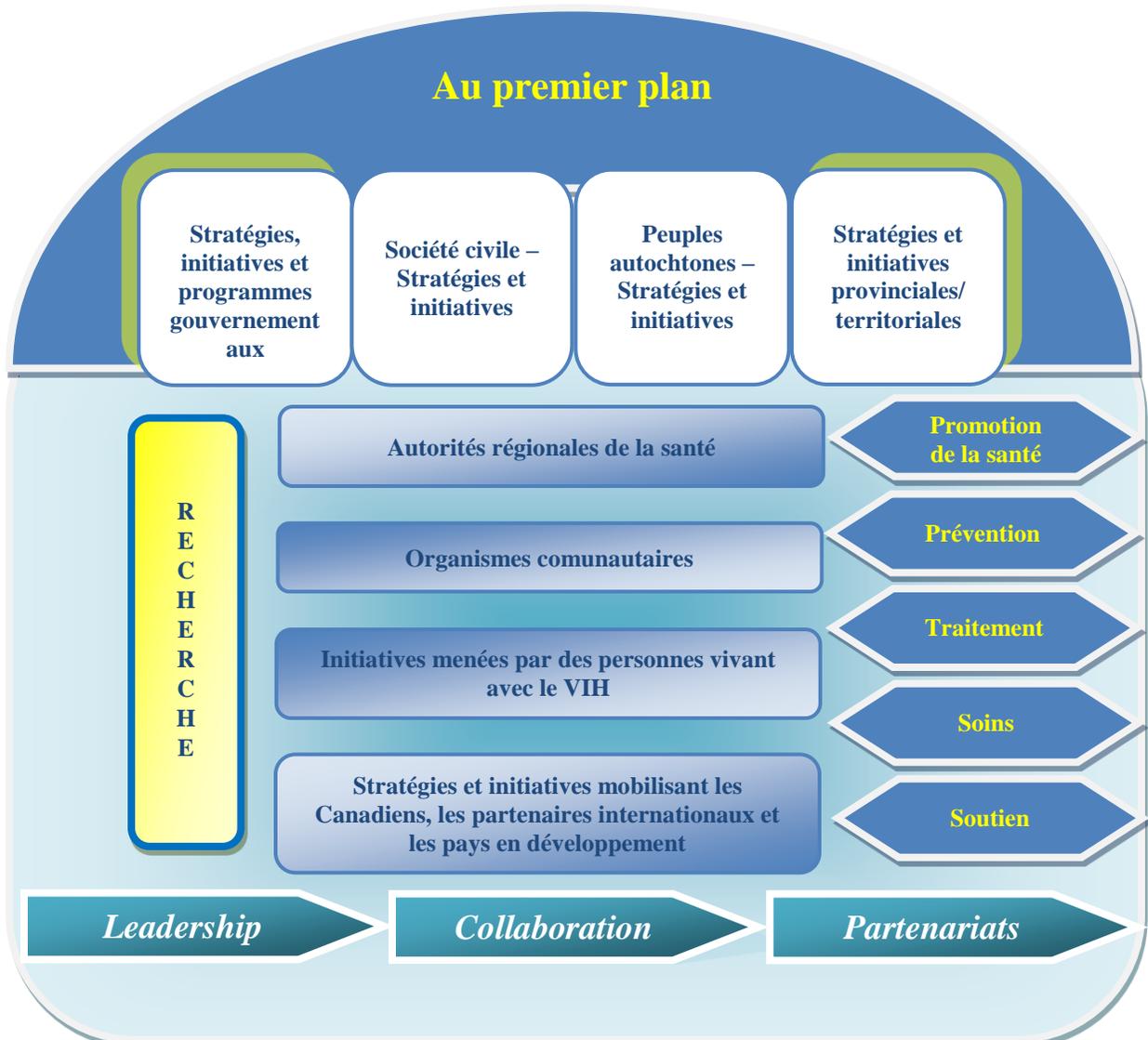
En tant que plan détaillé, *Au premier plan* favorise une approche stratégique et coordonnée ainsi qu'une responsabilité partagée de s'attaquer à la fois au VIH et aux déterminants de la santé sous-jacents, de même qu'aux inégalités en matière de santé, qui influencent et alimentent les nouvelles infections ayant des effets importants sur les personnes infectées, touchées et à risque. Il encourage l'établissement de partenariats efficaces et productifs entre les provinces et territoires, au sein du système de soins de santé et avec d'autres secteurs pouvant contribuer à réduire les répercussions du VIH et à prévenir les nouvelles infections au VIH tels que les services sociaux, le secteur de l'éducation, les services de logement et le système de justice. Il encourage également le renforcement de l'autonomie des personnes vivant avec le VIH et de celles à risque de le contracter en reconnaissant leurs forces et en les incitant à participer de façon concrète aux programmes et aux services qui touchent leur vie.

En travaillant ensemble, nous pourrions prévenir les nouvelles infections et améliorer la vie des personnes atteintes du VIH/sida ainsi que de celle de leurs familles et collectivités.

Une approche coordonnée et concertée

Au premier plan favorise une réponse coordonnée et concertée. En collaborant et en jouant ensemble un rôle de premier plan vers l'atteinte de buts communs, nous renforçons la capacité et obtenons de meilleurs résultats. *Au premier plan* reconnaît aussi que les rôles et les priorités des organisations et des particuliers diffèrent et se chevauchent souvent. Parfois, l'accent est mis sur les services de traitement, d'autres fois, sur les programmes et services de prévention, la recherche, l'élaboration de politiques ou la prestation de programmes. Certaines organisations et personnes peuvent desservir une population précise (p. ex. Autochtones), et d'autres, un milieu particulier (p. ex. établissements correctionnels). Certaines se penchent sur des enjeux locaux, et d'autres, sur des enjeux provinciaux/territoriaux, fédéraux ou internationaux. Plus que jamais auparavant, la réponse du Canada doit favoriser l'intersection entre les programmes de traitement et de prévention. Bien que les provinces et territoires et les différents organismes de service puissent ne pas s'entendre sur une approche précise, ils ont tous les mêmes buts et valeurs, y compris le respect des droits de la personne et de la justice sociale.

Chaque province/territoire et organisation aura ses propres priorités et plans stratégiques en ce qui a trait au VIH/sida, et l'ensemble de leurs activités contribue collectivement à l'atteinte des buts du plan d'action *Au premier plan*.



Comment *Au premier plan* a été élaboré

Un grand nombre de personnes au Canada ont contribué à l'établissement du premier appel à l'action *Au premier plan (2005-2010)*, y compris des personnes vivant avec le VIH/sida, des organismes de service, des cliniciens et d'autres professionnels de la santé, des chercheurs, des organisations nationales de lutte contre le VIH/sida et les gouvernements. La première édition du plan d'action *Au premier plan* a été publiée en 2005. Le Comité champion *Au premier plan* (CCAPP) a été créé en 2006 afin de promouvoir son utilisation.

En 2010, le CCAPP a réexaminé l'appel à l'action et les progrès réalisés à ce jour. Le CCAPP a procédé à une analyse des lacunes et des documents et a interrogé des répondants clés des quatre coins du pays. Il a également réalisé un sondage en ligne afin de déterminer tout changement à apporter à l'appel à l'action. En se fondant sur les commentaires des intervenants de l'ensemble du Canada, le CCAPP a déterminé que les valeurs et les principes sous-jacents du plan d'action *Au premier plan* avaient résisté à l'épreuve du temps et étaient sur la bonne voie, mais qu'ils doivent cependant suivre l'évolution des nouvelles connaissances et des besoins émergents.

Pour renouveler l'appel à l'action, le CCAPP a établi un comité de rédaction multilatéral chargé d'orienter les révisions et a consulté les partenaires nationaux pour examiner les ébauches et fournir des conseils sur le contenu. Le CCAPP a révisé et a accepté la version définitive renouvelée du plan d'action *Au premier plan*.

Comment se servir du plan d'action

Au premier plan énonce un plan détaillé stratégique en vue d'une réponse pancanadienne collective face au VIH/sida. Il appartient à tous les intervenants et partenaires de l'ensemble du Canada qui interviennent dans la lutte contre le VIH/sida.

Le plan d'action établit une vision, une mission et des valeurs claires et décrit brièvement les buts à atteindre. Il fournit les données, la recherche et l'information nécessaires à l'appui de la planification, de l'éducation, de la communication et de la détermination des priorités ainsi qu'à l'élaboration de propositions et d'initiatives. De plus, les stratégies et mesures clés permettant d'obtenir du succès y sont présentées. Ce plan directeur permet d'aider les gouvernements, les organisations et les programmes partout au Canada dans leur engagement permanent de la lutte contre le VIH/sida.

Au premier plan ne prétend pas fournir toutes les réponses. Il reconnaît qu'il existe des divergences d'opinions sur certains enjeux et respecte ces différences, tout en encourageant la discussion ouverte et le débat. Des centaines de personnes et d'organisations au Canada participent aux programmes et aux services liés au VIH/sida et partagent la responsabilité des activités et des initiatives dans le cadre de l'intervention pancanadienne face au VIH/sida.

Étant donné que l'utilisation du plan d'action *Au premier plan* est volontaire, le CCAPP n'a pas fixé d'objectifs; il décrit plutôt les résultats visés. Les groupes et les particuliers sont encouragés à réfléchir à

ceux-ci. Il incombe aux partenaires (communauté, fournisseur de services, gouvernement) de fixer les objectifs et de surveiller les progrès dans le cadre de l'effort collectif.

L'un des buts du CCAPP est de trouver des moyens efficaces de surveiller l'adoption et les progrès du plan d'action *Au premier plan*, ainsi que de promouvoir activement son utilisation partout au pays. C'est pourquoi tous les partenaires sont encouragés à fixer des objectifs concrets et à faire part de leurs réalisations au CCAPP. Le site Web du plan d'action (www.premierplan.ca/index.html) et d'autres mécanismes seront employés pour faire connaître les succès aux Canadiens.

L'engagement

La vision

Au premier plan présente la vision selon laquelle la fin de l'épidémie du VIH/sida au Canada est en vue. Guidé par cette vision, un avenir sera créé où:

- les personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque de le contracter sont des partenaires dans l'élaboration des politiques et des programmes qui touchent leur vie, et où la dignité et les droits de ces gens sont respectés;
- les personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque de le contracter ont accès à des services efficaces de haute qualité qui répondent à leurs besoins et jouissent d'une santé et d'un bien-être accrus, peu importe leur lieu de résidence au Canada;
- les inégalités en matière de santé et les inégalités sociales qui alimentent la propagation du VIH/sida, y compris la pauvreté, le sans-abrisme, la discrimination et la stigmatisation, ont été circonscrites ou éliminées;
- le Canada est un chef de file et un coordonnateur de la lutte contre le VIH/sida à l'échelle nationale et internationale.

La mission

- Faire valoir les besoins en matière de santé et respecter les droits des personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque de le contracter.
- Travailler ensemble dans le but de préparer une réponse efficace face au VIH/sida au Canada et à l'étranger.
- Agir vigoureusement et stratégiquement pour mettre un terme à l'épidémie du VIH/sida.

Les valeurs

La réponse au VIH/sida reflète les valeurs globales de la société canadienne :

- **Justice sociale** - Les besoins fondamentaux de tous les membres de la société seront comblés, et ils auront un accès équitable à des services de qualité, auront des occasions de participer et seront

traités de façon juste. Ils auront aussi un accès équitable aux déterminants de la santé, y compris le revenu, le logement et le soutien social.

- **Respect des droits de la personne** - La dignité et la valeur de chaque personne sont reconnues. Chaque personne, sans égard à leur orientation sexuelle, race, origine ethnique, culture et sexe, ou encore, à leurs comportements à risque, est importante. Ses droits – notamment ses droits économiques, sociaux, culturels, civils et politiques – sont reconnus, respectés, protégés et réalisés. Aucune vie n'est remplaçable.
- **Diversité** - Les différences culturelles et individuelles ainsi que la diversité sont reconnues, respectées et valorisées.
- **Participation et renforcement de l'autonomie** - La participation collective est soutenue, particulièrement celle des personnes atteintes du VIH/sida et des plus désavantagées. Un environnement qui renforce l'autonomie des personnes et leur permet de faire des choix sains est recherché.
- **Responsabilité générale** - En tant que société humaine et bien nantie, le Canada partagera ses ressources et ses connaissances dans le cadre des efforts internationaux de lutte contre le VIH/sida.
- **Responsabilité mutuelle** - Des vies sont en jeu, et les ressources doivent être utilisées judicieusement. Il incombe à tous d'optimiser les ressources pour faire une différence mesurable et positive dans la vie de chacun et pour atteindre les buts communs.
- **Engagement à l'égard d'approches et de recherches fondées sur des données probantes afin de découvrir des outils novateurs de prévention et de traitement** - Les décideurs et les professionnels de la santé auront accès aux meilleurs outils disponibles qui permettront d'améliorer la qualité des programmes et des services de prévention, de diagnostic, de traitement, de soins et de soutien ainsi que la prestation de ceux-ci à tous les citoyens.

Buts

L'atteinte de quatre buts sera poursuivie :

1. prévenir la propagation du VIH/sida grâce aux efforts de promotion de la santé, de prévention comportementale et biomédicale et de protection;
2. améliorer les services de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien;
3. renforcer la capacité pour réduire les inégalités en matière de santé et les inégalités sociales;
4. jouer un rôle actif dans le cadre des efforts mondiaux visant à mettre fin à l'épidémie et à trouver un remède au VIH/sida.

Les tâches à accomplir pour atteindre ces buts seront exposées dans les stratégies et les mesures à suivre aujourd'hui et demain.

Le VIH/sida au Canada : pourquoi il faut jouer ensemble un rôle de premier plan

Nombreux sont les facteurs qui sous-tendent l'engagement renouvelé à l'égard du plan d'action *Au premier plan*. L'état actuel de l'épidémie au Canada requiert une réponse renforcée et coordonnée. Le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida continue d'augmenter au pays et la demande de services connexes est croissante. Les personnes atteintes du VIH/sida ont des besoins de plus en plus complexes, le traitement peut ne pas être facilement ou équitablement accessible pour tous, un éventail de déterminants de la santé jouent un rôle important dans l'alimentation de l'épidémie², et la stigmatisation et la discrimination persistent.

Les points présentés ci-après donnent un aperçu de ces facteurs clés.

Taux à la hausse au Canada

Le nombre de personnes atteintes du VIH/sida augmente toujours, car il y a encore des cas de nouvelles infections chaque année, et les personnes touchées vivent plus longtemps. Il y a eu environ 3 175 cas de nouvelles infections au VIH au Canada en 2011. À la fin de 2011, près de 71 000 Canadiens vivaient avec le VIH – ce qui représente une hausse d'environ 11,4 % depuis 2008. Il est également estimé que près du quart des Canadiens séropositifs ignorent être infectés³.

Le VIH/sida continue d'avoir un impact disproportionné sur certains segments de la société. En 2011, près de la moitié des cas de nouvelles infections au VIH au Canada se trouvaient chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Environ 37 % des cas concernaient des personnes infectées par contact hétérosexuel, dont près de la moitié provenaient de pays où le VIH est endémique. Les personnes qui utilisent des drogues injectables correspondaient à environ un cas de nouvelles infections sur sept au Canada. Les Autochtones continuent à être surreprésentés dans l'épidémie du VIH au Canada. Ils représentaient près de 8 % des personnes atteintes du VIH/sida au Canada à la fin de 2011 et 12,2 % des cas de nouvelles infections au VIH en 2011. Le taux estimatif d'infection au VIH chez les Autochtones est presque 3,5 fois plus élevé que chez les non-Autochtones. À la fin de 2008, environ 1,72 % de la population des pénitenciers fédéraux vivaient avec le VIH/sida, comparativement à 0,2 % de la population canadienne⁴.

Le taux d'incidence diffère selon le sexe, la race et l'origine ethnique et est le plus élevé parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Ces taux sont également assez élevés chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique et chez les Autochtones. Au Canada, les taux augmentent au sein des populations qui sont très mobiles (p. ex. qui déménagent au Canada en provenance d'autres pays et qui déménagent à l'intérieur du Canada) et des populations hétérosexuelles. Les taux associés à certaines infections transmissibles sexuellement, telles que la syphilis et la gonorrhée, sont aussi à la hausse, ce qui peut accroître le risque de transmission du VIH/sida.

Besoins de plus en plus complexes

Avec l'avènement du traitement antirétroviral hautement actif (TARVHA), les personnes atteintes du VIH/sida vivent beaucoup plus longtemps que durant les années 1980 et 1990, lorsque le délai entre le diagnostic et la mort se comptait en mois. Le fait de vivre avec une maladie infectieuse mortelle met à

rude épreuve la santé des personnes, leur qualité de vie, leurs finances, leur indépendance et leur estime de soi. Bien que les traitements antirétroviraux pour le VIH/sida soient efficaces pour beaucoup de gens, ils sont associés à une grande variété d'effets secondaires graves tels que le cancer, les maladies cardiaques, la neuropathie périphérique et les troubles neurocognitifs⁵.

Une proportion importante de personnes vivant avec le VIH/sida ont également d'autres maladies ou infections (p. ex. hépatite C) qui menacent leur santé et compliquent les soins. Le plan détaillé met l'accent sur le VIH/sida. Toutefois, il y a un vaste consensus concernant la nécessité d'adopter des stratégies globales de santé publique qui reconnaissent et examinent l'interrelation entre le VIH/sida et d'autres maladies. De nombreuses personnes atteintes du VIH/sida doivent également composer avec des problèmes complexes, tels que la toxicomanie ou la maladie mentale. Le vieillissement et les conditions associées au vieillissement compliquent aussi les soins pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

En raison de leurs besoins complexes en matière de santé, les personnes atteintes du VIH/sida font souvent face à des frais élevés de médicaments sur ordonnance et de traitements complémentaires (p. ex. vitamines et acupuncture) pouvant ne pas être couverts par les régimes d'assurance-maladie gouvernementaux ou privés. L'impact financier du VIH/sida peut être amplifié par les possibilités d'emploi réduites ou inflexibles, ou les régimes d'assurance invalidité et les programmes d'aide sociale complexes répondant aux besoins des personnes qui pourraient devenir malades au début de leur carrière et qui pourraient traverser des périodes de maladie les empêchant de travailler⁶.

Accès au traitement

Bien que des progrès aient été réalisés dans le traitement du VIH/sida, de nombreuses personnes – à la fois dans de grands centres urbains et dans de petites collectivités rurales et éloignées – connaissent encore des problèmes d'accès aux soins et au traitement, y compris les soins de longue durée, les soins palliatifs et les soins en fin de vie. Ce problème est exacerbé par la pénurie de médecins et d'autres fournisseurs de soins de santé ainsi que par les besoins complexes en matière de santé des personnes vivant avec le VIH/sida.

Même si les taux de décès liés au VIH/sida ont diminué de beaucoup au milieu des années 1990, les Canadiens continuent de mourir du sida et d'autres maladies associées au VIH. Aujourd'hui, la plupart des personnes qui meurent du sida n'ont pas reçu de traitement ou n'ont pas reçu le traitement assez rapidement, ou encore, ont eu de la difficulté à trouver les traitements appropriés pour répondre à tous leurs besoins en matière de soins de santé. Certaines personnes ne supportent pas les médicaments ou elles ont des souches du virus résistantes au traitement⁷.

Paysage changeant de la prévention

Pour la plus grande partie de l'histoire du VIH/sida au Canada, l'utilisation systématique et adéquate du condom a été reconnue comme la façon la plus efficace de prévenir la transmission du VIH. Les condoms ont servi de pierre angulaire aux mesures de prévention, de même que d'autres stratégies d'intervention telles que les programmes d'échange de seringues et d'aiguilles afin de régler le problème de transmission parmi les utilisateurs de drogues injectables. Au cours des dernières années, les études ont révélé que les nouvelles technologies de prévention sont très prometteuses en tant qu'ajouts potentiels aux outils de prévention. Ceux-ci comprennent les vaccins, les microbicides vaginaux et rectaux, la prophylaxie préexposition et post-exposition, le traitement comme mesure de prévention et la prévention par une

combinaison d'efforts. Il reste encore beaucoup à faire pour explorer les nouvelles stratégies novatrices en vue de réduire de beaucoup la transmission du VIH et d'améliorer la gestion du VIH/sida. Dans le paysage changeant de la prévention, il est essentiel d'adopter une vaste approche collaborative pour s'assurer que les professionnels de la santé et les fournisseurs de service sont au courant des données probantes actuelles et nouvelles sur les technologies de prévention, et qu'ils appuient leur utilisation et application au sein des collectivités partout au pays.

Stigmatisation et discrimination

Pour les personnes qui appartiennent à des groupes marginalisés, la stigmatisation exercée à leur égard en raison du VIH/sida peut être aggravée par l'homophobie, le racisme, le classisme, l'inégalité des sexes et les attitudes négatives envers des groupes de population, y compris les consommateurs de drogues et les travailleurs du sexe.

Les personnes vivant avec le VIH/sida qui font partie d'une communauté ethnique ou culturelle précise, telle que les Autochtones et les gens originaires de pays où le VIH est endémique, font souvent l'objet d'un éventail de stigmatisation et de discrimination au sein de leur collectivité respective⁸. Cette situation a des conséquences à la fois pour les personnes atteintes du VIH/sida et la collectivité. Les gens peuvent s'isoler, être moins disposés à chercher des formes de prévention, un diagnostic et un traitement, et être moins enclins à divulguer leur état sérologique aux autres. Lorsque cela se produit, la collectivité est moins apte à prévenir la transmission du VIH/sida ou à apporter un soutien aux personnes malades, et les membres de la collectivité qui sont à risque peuvent être moins portés à subir un test de dépistage⁹. La stigmatisation a un effet sur l'accès au traitement dans les prisons. Il se peut que certains détenus refusent le traitement parce qu'ils ne veulent pas que les autres prisonniers sachent qu'ils ont le VIH¹⁰.

Déterminants de la santé et inégalités en matière de santé

Pour bien des personnes séropositives, il existe un certain nombre de conditions socioéconomiques qui menacent leur santé. Les déterminants de la santé, y compris le revenu, le logement, le sexe, les soutiens sociaux et l'éducation, jouent un rôle actif dans la propagation du VIH/sida. Les déterminants d'une mauvaise santé (p. ex. pauvreté, sans-abrisme, violence, expériences négatives de l'enfance et éducation et, dans le cas des Autochtones, colonisation) peuvent entraîner un sentiment d'impuissance dans les relations, des problèmes d'estime de soi et un sentiment réduit d'appartenance à une collectivité, et peuvent influencer les décisions de recourir ou non à des services de santé (c.-à-d. la crainte). D'autres problèmes de santé, tels que la toxicomanie ou la maladie mentale, peuvent aussi entraver le jugement d'une personne ou sa capacité à se protéger¹¹. Pour prévenir la transmission du VIH/sida et améliorer les soins, il est nécessaire d'intervenir stratégiquement et de coordonner les efforts afin de donner suite aux déterminants individuels et socioéconomiques qui exposent les gens à un risque.

Demande croissante des services

En 2011, le taux d'incidence du VIH est relativement stable et le nombre de personnes atteintes du VIH/sida augmente puisqu'elles vivent plus longtemps. C'est pourquoi la demande des services de soins,

de traitement et de soutien augmente. La capacité de satisfaire cette demande croissante constitue un défi pour ce qui est des finances et des autres ressources.

Les organisations et provinces/territoires signalent qu'ils ont de plus en plus de difficulté à attirer et à maintenir en poste des travailleurs compétents, y compris du personnel au sein d'organismes communautaires, des bénévoles, des médecins et des chercheurs. Cette situation est due en partie à la disponibilité et à l'accessibilité des ressources, à la complexité accrue des besoins de la clientèle, à la difficulté de travailler avec des populations marginalisées et aux salaires non concurrentiels offerts par les organismes communautaires de services liés au sida comparativement aux secteurs de services sociaux et de services de santé. Bon nombre d'organisations viennent aussi en aide aux clients atteints de co-infections et de comorbidités (p. ex. hépatite C), ce qui exige une expertise particulière et une coordination accrue avec d'autres fournisseurs de services. Une utilisation stratégique et coordonnée accrue de l'expertise, des ressources et des fonds peut permettre d'atteindre les buts communs et les nouvelles demandes.

Réduction des coûts

Les coûts économiques associés au VIH/sida continuent d'augmenter. Au Canada, en 2010, une étude a révélé que le coût des soins de santé et de la productivité du travail sur toute une vie équivaut à environ 920 000 \$ pour chaque personne vivant avec le VIH/sida, montant pouvant atteindre 1,3 M\$ si la qualité de vie est comprise dans l'estimation¹². Une autre étude a évalué les coûts directs des soins et du traitement sur toute une vie à environ 750 000 \$ pour chaque personne vivant avec le VIH/sida¹³. Les coûts de traitement varient en fonction du lieu de résidence des personnes et de l'endroit du traitement. Par exemple, les coûts supportés par les gens qui habitent dans des régions rurales ou éloignées et qui doivent se déplacer pour obtenir des soins seront souvent beaucoup plus élevés. Bien qu'il soit possible de calculer les coûts directs du traitement lié au VIH, les coûts personnels et sociaux pour chaque cas d'infection au VIH – soit pour la personne touchée, ses amis et sa famille et la société – sont incalculables.

Sauver des vies

Sachant que le contexte de chaque pays, l'infrastructure des systèmes de santé et les soutiens sociaux diffèrent, certains pays où les revenus sont élevés ont récemment adopté des approches plus dynamiques dans le cadre de leurs stratégies nationales, qui produisent des résultats immédiats au niveau de la réduction de l'infection au VIH (p. ex. intégration de stratégies de prévention au Royaume-Uni et en Australie). En surveillant et en faisant connaître les pratiques prometteuses employées au Canada et dans d'autres pays, les partenaires canadiens peuvent se servir de ces renseignements et améliorer les approches fondées sur des données probantes adoptées au Canada.

En travaillant ensemble afin d'intensifier les programmes de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien, des milliers de nouvelles infections peuvent être prévenues et des années peuvent être ajoutées à la vie des Canadiens vivant avec le VIH/sida. La société pourra ensuite profiter des incroyables avantages économiques, sociaux et personnels découlant de leur productivité et de leur créativité.

Appuyer les recherches novatrices

Le nombre de progrès scientifiques en ce qui concerne le VIH/sida au cours des dernières années illustre les effets importants que les découvertes ont sur la lutte contre le VIH/sida. Outre les nouvelles technologies de prévention, les médicaments pour traiter des co-infections graves telles que l'hépatite C ont beaucoup progressé. Des progrès majeurs ont aussi été réalisés dans la conception et le contrôle d'un vaccin contre le VIH. Pour la toute première fois, il existe une stratégie scientifique mondiale¹⁴ afin de collaborer et de coordonner la recherche mondiale dans le but de trouver un remède qui apporterait une guérison fonctionnelle ou qui éliminerait complètement le VIH, en fonction du seuil critique des nouvelles données démontrant la faisabilité sur le plan biologique. La plupart des recherches novatrices sont menées par des enquêteurs canadiens en collaboration avec des partenaires du secteur privé et de nombreux partenaires internationaux. Par exemple, le traitement comme mesure de prévention est à l'étude en tant qu'approche visant à réduire la transmission du VIH. Au cours de la dernière année, les essais cliniques ont démontré explicitement les effets préventifs du traitement en plus des avantages particuliers bien connus (essai HPTN 052)¹⁵. La recherche et la science de la mise en œuvre doivent maintenant être prioritaires pour s'assurer que ces résultats sont intégrés efficacement à la lutte contre le VIH et que les considérations éthiques et celles des droits de la personne sont prises en compte comme il se doit dans le processus.

La reconnaissance de multiples façons de connaître et de comprendre les risques et les répercussions du VIH/sida est cruciale pour la recherche. Une méthode de recherche qui utilise les forces des collectivités touchées est nécessaire. Un équilibre entre la science bio-médicales, comportementale et opérationnelle avec les expériences vécues et les histoires personnelles permettra que les paradigmes de recherche canadiens reflètent la complexité de l'épidémie et qu'ils réagissent à cette complexité. Notamment en ce qui concerne les peuples autochtones, le respect des connaissances traditionnelles et des forces de la collectivité est vital pour comprendre le VIH/sida sous l'angle de la décolonisation.

Orientations stratégiques pour l'avenir

Tous les intervenants qui participent à la lutte du Canada contre le VIH/sida – gouvernements, organismes communautaires, fournisseurs de soins de santé, organismes de recherche et particuliers – sont appelés à concentrer les efforts collectifs sur les stratégies visant à appuyer les quatre buts clés suivants :

1. Prévenir la propagation du VIH/sida grâce aux efforts de promotion de la santé, de prévention comportementale et biomédicale.
2. Améliorer les services de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien.
3. Renforcer la capacité pour réduire les inégalités en matière de santé et les inégalités sociales.
4. Être un leader actif dans le cadre des efforts mondiaux visant à combattre l'épidémie et à trouver un remède au VIH/sida.

À l'appui de ces buts, stratégies et mesures, des indicateurs de succès ont été élaborés afin d'orienter les efforts à venir. Toutes les stratégies sont étayées par des indicateurs de succès essentiels qui, tissés

ensemble, soutiennent le plan détaillé en vue d'une réponse canadienne coordonnée et stratégique face au VIH/sida. Ces indicateurs de succès essentiels comprennent l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies fondées sur les éléments suivants :

1. Engagement à l'égard de la justice sociale, respect des droits de la personne et une approche axée sur les déterminants de la santé
2. Leadership et innovation à tous les ordres de gouvernements et de la part des intervenants et des partenaires
3. Participation accrue et plus significative des personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter
4. Interventions précoces pour le diagnostic et le traitement
5. Recherche, preuves et surveillance afin de suivre de près le VIH/sida et d'acquérir d'autres connaissances
6. Une réponse soutenue dans le cas des programmes et des services étendus et à long terme
7. Approches adaptées aux populations, initiatives de prévention et interventions ciblées respectant la culture, la diversité, l'âge et le sexe
8. Engagement envers l'amélioration continue de la qualité
9. Soutien de la découverte et de la recherche novatrice dans le cas des nouveaux médicaments et traitements

Au premier plan – Cadre stratégique (modèle logique)

VISION: OÙ la fin de l'épidémie du VIH/sida au Canada est en vue

- Les personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter sont des partenaires dans l'élaboration de la réponse.
- L'accès à l'échelle du Canada à des services efficaces de haute qualité.
- La réduction / l'élimination des inégalités en matière de santé.
- Le Canada est un chef de file et un coordonnateur de la lutte contre le VIH/sida.

MISSION et VALEURS

- Faire valoir les besoins en matière de santé et respecter les droits des personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque de la contracter.
- Travailler ensemble dans le but de préparer une réponse efficace face au VIH/sida au Canada et à l'étranger.
- Agir vigoureusement et stratégiquement pour mettre un terme à l'épidémie du VIH/sida.

Justice sociale

Droits de la personne

Diversité

Participation et renforcement

Responsabilité générale

Responsabilité mutuelle

BUT n° 1

Prévenir la propagation du VIH/sida grâce aux efforts de promotion de la santé, de prévention et de protection

STRATÉGIES :

- 1.1 Déterminants de la santé
- 1.2 Droits de la personne
- 1.3 Stigmatisation et discrimination
- 1.4 Surveillance et évaluation
- 1.5 Approche axée sur la population

BUT n° 3

Renforcer la capacité pour réduire les inégalités en matière de santé et les inégalités sociale

STRATÉGIES :

- 3.1 Participation des personnes vivant avec le VIH/sida à risque
- 3.2 Sensibilisation public
- 3.3 Leadership politique
- 3.4 Renforcement des organismes communautaires
- 3.5 Fournisseurs de soins de santé qualifiés et compétents
- 3.6 Nouvelles connaissances

BUT n° 2

Améliorer les services de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien

STRATÉGIES :

- 2.1 Efficacité du traitement
- 2.2 Accès au traitement
- 2.3 Déterminants de la santé
- 2.4 Soins de longue durée, palliatifs et en fin de vie
- 2.5 Qualité de la vie et le bien-

BUT n° 4

Jouer un rôle actif dans le cadre des efforts mondiaux visant à combattre l'épidémie et à trouver un remède

STRATÉGIES :

- 4.1 Accroissement de la sensibilisation des Canadiens & mesures prises
- 4.2 Respect des engagements à l'échelle mondiale
- 4.3 Leçons apprises pour renforcer la réponse nationale
- 4.4 Soutien technique et conseils à l'égard des efforts mondiaux
- 4.5 Efforts de recherche mondiaux

But n° 1 : Prévenir la propagation du VIH/sida au Canada grâce aux efforts de promotion de la santé, de prévention comportementale et biomédicale et de protection

Résultats visés

- Le nombre de nouvelles infections au VIH est réduit.
- Les provinces et territoires adoptent une approche harmonisée de collecte de données, y compris les questions normalisées sur les déterminants de la santé, le bien-être social et la qualité de vie ainsi que les risques d'infection au VIH et l'état sérologique. Cela permet d'anticiper les nouvelles tendances et d'orienter les efforts de promotion de la santé et de prévention.
- Les provinces et territoires ont accès à des renseignements opportuns sur le bien-être social des gens et leur qualité de vie, leurs risques et leur état sérologique afin d'anticiper les nouvelles tendances et d'orienter les efforts de promotion de la santé, de prévention et de protection.
- Les particuliers et les collectivités à risque ont accès à l'éducation, à la sécurité du revenu, au logement, au soutien social et aux possibilités d'emploi nécessaires pour préserver et améliorer leur santé et réduire leur vulnérabilité à l'infection au VIH.
- Chaque province et territoire a en place des politiques de soutien et des lois qui favorisent la santé et permettent de réduire ou d'éliminer les inégalités sociales et économiques qui alimentent la propagation du VIH/sida.
- Les membres des collectivités les plus vulnérables à l'infection au VIH possèdent les connaissances, compétences, environnements positifs, programmes et technologies de prévention qui les aideront à se protéger contre l'acquisition ou la transmission du VIH/sida et d'autres infections transmissibles sexuellement et pathogènes à diffusion hémotogène.
- Les personnes incarcérées, anciennement et actuellement, ont accès à une éducation et à des mesures de prévention efficaces visant à réduire le risque de contracter le VIH/sida dans les prisons et au moment de leur réintégration dans la société.
- Les personnes atteintes du VIH/sida participent activement aux efforts de promotion de la santé et dirigent des programmes de prévention positive.

« Le VIH/sida est un problème sérieux pour notre province. Notre gouvernement s'engage à appuyer la stratégie (stratégie de la Saskatchewan sur le VIH/sida, 2010-2013) visant à réduire le nombre de nouveaux cas d'infection au VIH et à améliorer la qualité de vie des personnes ayant reçu un diagnostic de VIH et vivant avec ce virus, mais il est primordial de collaborer avec les membres des Premières nations et les Métis ainsi qu'avec les partenaires communautaires et les partenaires en santé. Cette question doit être abordée sur de nombreux fronts. » [traduction]

Don McMorris, ministre de la Santé de la Saskatchewan, 2010

Stratégies et justification

Le VIH/sida est une maladie évitable et sa transmission peut être stoppée.

1.1 Approche axée sur les déterminants de la santé

Au Canada, une approche axée sur la justice sociale et les « déterminants de la santé » en vue de la prévention du VIH/sida est adoptée afin d'examiner les causes profondes d'une mauvaise santé et d'améliorer la santé et le bien-être en général des gens. Grâce à des efforts attentionnés, éclairés, structurés et soutenus, il est possible de réaliser des améliorations et des résultats en donnant suite aux déterminants de la santé. La pauvreté, le sans-abrisme, la toxicomanie, la violence, la maladie mentale, la stigmatisation, le racisme et la discrimination, l'accès à des possibilités d'emploi, l'impuissance et le choix, la situation juridique (p. ex. réfugiés sans document) et l'accès aux soutiens sociaux peuvent créer un environnement où le VIH/sida et d'autres maladies peuvent se transmettre.

Les politiques publiques dans bien des secteurs, y compris l'éducation, le logement, l'imposition, les services sociaux, la justice, l'application de la loi, l'immigration et la stabilisation du revenu, peuvent avoir une incidence directe et immédiate sur les personnes vivant avec le VIH/sida et les collectivités à risque. Par exemple, la stabilité en matière de logement peut offrir une mesure de sécurité et pourrait constituer un facteur dans l'adoption de comportements à risque par une personne, tels que la négociation du sexe et les pratiques sexuelles non sécuritaires afin de trouver un refuge. Les investissements publics et privés dans les logements abordables peuvent aider les gens à accéder à un refuge sécuritaire et abordable. Ces investissements permettent aussi aux gens de trouver et de conserver un logement ainsi que d'accroître leur revenu personnel, leur santé et leur sécurité.

Il y a de plus en plus de recherches sur le rôle de la violence et du traumatisme, particulièrement à un âge précoce, sur le risque d'infection par le VIH. Par exemple, le Cedar Project financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (Colombie-Britannique) démontre le lien entre le traumatisme et la violence sexuelle, la consommation problématique de drogues et le risque d'infection par le VIH chez les jeunes Autochtones¹⁶. Les études menées aux États-Unis révèlent que les antécédents traumatiques augmentent le risque d'infection par le VIH dans le cas des femmes afro-américaines¹⁷.

Une collectivité bien renseignée sur le lien entre les déterminants de la santé, les inégalités en matière de santé, les droits de la personne et le VIH est plus susceptible d'appuyer des programmes et des services fondés sur la justice sociale. Les personnes sont plus portées à soutenir des programmes dans le cadre desquels du matériel d'injection plus sécuritaire est offert lorsqu'elles comprennent que ceux-ci permettent de réduire la transmission d'infections et de pathogènes à diffusion hémotogène, de renforcer les réseaux sociaux et d'associer les utilisateurs de drogues à des services de soins primaires et de traitement de la toxicomanie.

1.2 Approche axée sur le respect des droits de la personne

Les politiques et les lois qui renforcent le respect et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque de le contracter sont considérées comme étant des mesures efficaces pour améliorer les résultats de santé. La plupart des facteurs sociaux ayant un effet sur la santé des gens (p. ex. logement, accès aux services de santé, sécurité, revenu, emploi et droit de vivre sans violence ni discrimination) sont examinés du point de vue des droits de la personne¹⁸.

La difficulté à laquelle fait face le secteur de la santé publique, c'est d'assurer l'équilibre entre les droits de la personne et la protection de la santé publique. Une approche de santé publique globale (p. ex. dépistage, consultation, notification aux partenaires, encouragement de la divulgation de son état, prestation de soutien et recommandations de services) tient compte des facteurs de risque et des problèmes sous-jacents pouvant avoir un effet sur la capacité des gens à divulguer leur état sérologique, tout en renforçant la responsabilité personnelle de protéger la santé des autres¹⁹.

1.3 Mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination

La stigmatisation et la discrimination créent des obstacles à l'évaluation, au diagnostic, au traitement et aux soins. La recherche a permis de renforcer l'incidence de la stigmatisation et de la discrimination sur les personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque de le contracter – dont bon nombre d'entre elles sont déjà marginalisées en raison de leur orientation sexuelle, de leur race, de leur sexe, de leur toxicomanie, de leur casier judiciaire, de leurs antécédents d'incarcération ou de leur participation au commerce du sexe. Dans une étude, les hommes gais séropositifs ont déclaré faire l'objet de discrimination au sein de la communauté gaie et de jugements de la part d'autres hommes gais parce qu'ils étaient atteints du VIH. Cette stigmatisation était associée à l'anxiété, à la solitude et à la dépression. Elle a également des répercussions sur la transmission du VIH, car les hommes gais séropositifs qui se sentaient le plus stigmatisés au sein de leur propre communauté étaient plus portés à chercher des partenaires dans des milieux favorisant les relations sexuelles anonymes²⁰.

Chez les adultes plus âgés vivant avec le VIH/sida ou à risque de le contracter, la stigmatisation a un effet négatif sur leur volonté de subir un test de dépistage, de divulguer leur état sérologique et de recourir à des services de santé ainsi que sur leur sentiment de soutien social²¹. Cette même tendance se présente chez les personnes vivant avec le VIH/sida dans les collectivités africaines et caribéennes de Toronto. En raison de la stigmatisation, ces gens ne recourent pas aux services offerts et, souvent, ils n'accèdent au traitement qu'après avoir reçu un diagnostic²². Les mères séropositives aux États-Unis qui perçoivent une stigmatisation accrue signalent des niveaux plus élevés de dépression et d'anxiété, de même qu'un plus grand nombre de symptômes physiques et qu'une consommation plus importante d'alcool²³.

Dans la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* de juin 2001²⁴ et la *Déclaration politique sur le VIH/sida* de juin 2011²⁵, tous les États membres de l'Assemblée générale des Nations Unies, y compris le Canada, se sont engagés à élaborer des plans nationaux en vue de lutter contre la stigmatisation et à prendre d'autres mesures pour éliminer toute forme de discrimination et protéger les droits de la personne. Les mesures de lutte contre la stigmatisation et la discrimination au sein de la population générale et des collectivités les plus touchées par le VIH sont essentielles pour réduire la propagation et l'incidence du VIH.

1.4 Surveillance et évaluation

La surveillance est essentielle pour comprendre l'épidémie au Canada, cerner les nouvelles tendances et élaborer de bons programmes de prévention et de soins. Les provinces et territoires recueillent des

données de surveillance sur le VIH/sida dans leur région, y compris le nombre de personnes qui subissent un test de dépistage, les résultats de tests, les facteurs de risque d'infections, les rapports sur le sida et les décès dus au sida. Ils communiquent leurs données à l'Agence de la santé publique du Canada, qui gère le programme de surveillance nationale, les problèmes d'ordre épidémiologique et les rapports de surveillance.

Pour aider à caractériser et à comprendre l'épidémie du VIH au Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, en collaboration avec les praticiens de la santé publique provinciaux/territoriaux et locaux ainsi que les organismes communautaires, élabore et met en œuvre des études de surveillance comportementale et biologique et offre un soutien technique aux provinces et territoires qui mènent des études ciblées. Les ministères et organismes fédéraux, tels que le Service correctionnel du Canada qui compte également des programmes de surveillance continue, communiquent des données à l'Agence de la santé publique du Canada et les partenaires fédéraux en tant que preuves afin d'éclairer les programmes et politiques d'intervention.

1.5 Approche axée sur la population

Bien que toute personne puisse contracter le VIH/sida, certaines populations sont plus vulnérables. Le Canada a adopté une approche axée sur la population, en mettant l'accent sur les populations vivant avec le VIH/sida et à risque de le contracter. Une approche ciblée axée sur la population prend en considération les facteurs particuliers exposant les gens au risque d'infection.

Les collectivités et les particuliers ont besoin de programmes culturels ciblés et adaptés au sexe et à l'âge en matière de prévention, d'éducation, de traitement, de soins et de soutien. Ils bénéficient aussi des interventions sociales et structurelles (p. ex logement accessible, sécuritaire et abordable, emploi, accès aux programmes traitant de la pauvreté, et technologies de prévention).

1.5.1 Hommes gais, bisexuels, bispirituels et ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

Les hommes gais, bisexuels, bispirituels et ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes forment toujours le groupe le plus touché par le VIH/sida au Canada. En 2011, ils représentaient 48,3 % des cas de nouvelles infections au VIH à l'échelle du pays et 46,7 des personnes atteintes du VIH/sida²⁶.

Une panoplie de facteurs personnels et structurels semblent accroître le risque des hommes gais et de ceux ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes d'être infectés par le VIH. L'expérience de cette population relative à l'homophobie, à la stigmatisation connexe et à la discrimination a des répercussions considérables et très importantes sur les déterminants de la santé, lesquels influencent à leur tour la vulnérabilité de la population au VIH. Les recherches canadiennes et internationales révèlent une influence réciproque entre l'homophobie sociétale et d'autres facteurs de risque structurels qui se renforcent mutuellement au sein de cette population, décrits comme étant une série de « syndémies » qui, ensemble, entraînent l'épidémie du VIH/sida chez les hommes gais et ceux ayant des relations avec d'autres hommes²⁷. Ces facteurs de risque comprennent les expériences pendant l'enfance d'intimidation homophobe et de violence sexuelle, la stigmatisation et la discrimination, le manque de soutien social ainsi que le harcèlement et la violence contre les gais. Ces facteurs, à leur tour, influent sur la probabilité des personnes à engendrer une toxicomanie, à avoir de mauvais résultats en matière de santé mentale et,

en fin de compte, à avoir des relations sexuelles non protégées. Elles courent donc le risque d'être infectées.

Sur le plan personnel, même si bon nombre d'hommes gais et de ceux ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes se protègent mieux de façon constante, les rapports sexuels non protégés entre les hommes gais et ceux ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sont associés à ce qui suit : condoms non disponibles ou difficulté à les utiliser; problèmes liés à la confiance ou dans la relation; écarts passagers; événements stressants tels que la perte d'emploi ou d'un partenaire; suppositions quant à l'état sérologique des partenaires en fonction des facteurs conjoncturels.

Les facteurs complexes qui influent sur le risque des hommes gais et de ceux ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes préconisent les stratégies ciblées de prévention du VIH qui tiennent compte des répercussions très importantes de l'homophobie et traitent des besoins uniques ainsi que des réalités des sous-populations telles que les transgenres ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les minorités ethnoculturelles et les hommes autochtones. Les interventions devraient également viser à mieux comprendre et à mettre à profit les sources de résilience pour cette population, telles que les contextes sociaux positifs et sécuritaires, l'accès à des réseaux de soutien social (amis, partenaires amoureux, membres de la famille et communauté gaie), et la résilience démontrée par la réponse rapide et efficace de la communauté gaie au VIH/sida²⁸.

1.5.2 Utilisateurs de drogues injectables

Environ 17 % des cas de nouvelles infections au VIH étaient liés à l'utilisation de drogues injectables en 2011, soit une baisse par rapport à 33 % au milieu des années 1990. Bien que le nombre de nouvelles infections au VIH associées à l'utilisation de drogues injectables ait diminué depuis les années 1990, les membres de cette population demeurent très vulnérables. Les infections au VIH liées à l'utilisation de drogues injectables surviennent dans les grandes villes urbaines, les plus petites villes et les collectivités rurales, et touchent un nombre croissant d'Autochtones, particulièrement les femmes.²⁹

Les utilisateurs de drogues injectables courent un risque plus élevé de développer un éventail de problèmes de santé associés à l'utilisation de drogues, y compris la surdose et les infections liées aux injections (p. ex. au niveau de la peau, des os et du cœur). S'ils partagent des seringues, ils courent également un risque élevé de contracter ou de transmettre des maladies transmissibles telles que le VIH, l'hépatite C et d'autres infections à diffusion hématogène. Par conséquent, un nombre croissant d'utilisateurs de drogues sont co-infectés par le VIH et l'hépatite C. Les utilisateurs de drogues injectables qui fument aussi du crack courent un plus grand risque de contracter le VIH/sida³⁰.

Afin de réduire et de prévenir les méfaits associés à la consommation problématique de drogues, il est nécessaire d'adopter une approche de santé publique globale fondée sur des données probantes faisant usage de tous les outils disponibles (p. ex. promotion de la santé, éducation, prévention des maladies, surveillance, tests, dépistage, traitement et, dans certaines situations, application de la loi). La stigmatisation associée à la fois à l'utilisation de drogues et à l'infection au VIH peut réduire l'accès aux services de santé et aux soutiens sociaux dans le cas des utilisateurs de drogues³¹. Dans certaines provinces et certains territoires, les interventions comprenaient des programmes et des services visant à réduire le partage de seringues et d'autre matériel de consommation de drogues, à créer des

environnements plus sécuritaires, à diminuer les comportements à risque et à relier les gens aux services sociaux et aux services de santé (p. ex. programmes de traitement).

Du point de vue de la santé publique, la réduction des méfaits fait partie d'une approche globale traitant de l'utilisation de drogues qui comprend une gamme d'options. Chaque province et territoire a établi un éventail de programmes de réduction des méfaits et de traitement à l'intention des utilisateurs de drogues, y compris des services de sensibilisation, des programmes de distribution et de récupération de seringues, des traitements à la méthadone et d'autres traitements de substitution, des sites d'injection supervisés et des services de traitement. La province de la Saskatchewan intègre la réduction des méfaits à sa stratégie provinciale de lutte contre le VIH/sida, tandis que la province de la Colombie-Britannique et la Ville de Vancouver appuient un site d'injection supervisé. Bon nombre de municipalités au Canada offrent des programmes de distribution, de récupération et d'échange de seringues. Toutes les provinces et tous les territoires possèdent un traitement de maintien à la méthadone à l'intention des utilisateurs d'opiacés. Le Service correctionnel du Canada offre un traitement de substitution aux opiacés (méthadone et suboxone) dans des établissements correctionnels fédéraux.

Les programmes de prévention sont portés à être plus efficaces lorsqu'ils sont combinés à d'autres services sociaux et services de santé – tels que les programmes de sensibilisation, les soins primaires exempts de jugement, l'accès à un logement stable et à de la nourriture, les programmes de toxicomanie et de gestion du sevrage en collaboration avec les autorités d'application de la loi et du système de justice – ainsi qu'à des efforts visant à aider les utilisateurs de drogues (pairs) à organiser des groupes de soutien³².

De plus en plus de preuves révèlent que les programmes de prévention permettent d'améliorer l'accès à d'autres services de santé et de traitement de toxicomanie³³. Étant donné le lien étroit entre la dépression et la toxicomanie, un meilleur accès à des services de santé mentale pourrait contribuer à réduire la consommation problématique de drogues, le risque de contracter le VIH et l'hépatite C ainsi que les autres problèmes de santé et les problèmes sociaux connexes. Un meilleur service de gestion de la douleur peut diminuer le recours aux drogues à des fins non médicales pour soulager la douleur. Les bons programmes de prévention du VIH à l'intention des utilisateurs de drogues doivent traiter des risques associés aux relations sexuelles non protégées et au partage de seringues. Les partenaires sexuels d'utilisateurs de drogues courent un risque élevé de contracter le VIH même s'ils n'utilisent pas de drogues injectables eux-mêmes.

1.5.3 Peuples autochtones

La reconnaissance distincte de l'épidémie progressive et complexe du VIH chez les peuples autochtones et les interventions à cet égard sont d'une importance capitale. Dans *Au premier plan (2005-2010)*, des préoccupations sont soulevées quant au potentiel de transmission du VIH chez les peuples autochtones. Au cours des dernières années, le nombre de cas de VIH au sein des collectivités autochtones a augmenté. En 2011, 32,7 % des nouveaux diagnostics de VIH dans les provinces et territoires qui recueillent des données sur la race et l'origine ethnique concernaient des Autochtones (hausse par rapport à 22,2 % en 2003), malgré le fait que les Autochtones ne représentent que 6,9 % de la population dans ces provinces et territoires. En 2011, le taux de nouvelles infections chez les peuples autochtones était estimé être 3,5 fois plus élevé chez les Canadiens non autochtones³⁴.

L'épidémie du VIH est différente au sein de la population canadienne autochtone; un nombre disproportionné de femmes et de jeunes autochtones sont touchés.

- De 1998 à 2008, 48,8 % des Autochtones dont le test au VIH était positif étaient des femmes, comparativement à 20,6 % au sein de la population générale.
- Au cours de cette même période, 33,5 % des diagnostics déclarés de VIH chez les Autochtones concernaient des jeunes : 5,6 % étaient âgés de moins de 20 ans et 27,9 % avaient de 20 à 29 ans. Ces taux sont beaucoup plus élevés que ceux des mêmes groupes d'âge de la population non autochtone, soit 1,6 % et 19,6 %.
- Les femmes autochtones séropositives ont tendance à être infectées à un plus jeune âge et plus susceptibles de recevoir un diagnostic de sida.
- En 2008, 63,6 % des diagnostics de VIH chez les Autochtones étaient attribuables à l'utilisation de drogues injectables, comparativement à seulement 11,3 % chez les Canadiens non autochtones³⁵.

L'accès au test de dépistage et au traitement constitue un problème clé pour les Autochtones. Bien que le nombre d'infections au VIH à transmission verticale (de la mère à l'enfant) ait chuté de façon marquée au sein de la population générale, les nouveau-nés autochtones demeurent disproportionnellement touchés. De 2004 à 2011, 17 cas de transmission du VIH au nouveau-né autochtone par une mère infectée ont été confirmés³⁶. Ce nombre peut illustrer un manque d'accès aux soins de santé adéquats dans le cas de certaines femmes autochtones, tels que des soins prénataux particuliers, y compris l'accès au traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission verticale.

Les approches de prévention, de soins, de traitement, de soutien, de recherche et de cadres d'action afférents en matière de VIH doivent tenir compte de l'héritage du traumatisme et des mauvais traitements intergénérationnels dans l'épidémie du VIH concentrée chez les peuples autochtones. Les problèmes sont aggravés par la pauvreté, la toxicomanie, l'institutionnalisation, le racisme, la discrimination, la perte de culture, la mobilité (dans les réserves et hors réserves, des régions rurales à régions urbaines) et par des déterminants de santé connexes. Les Autochtones sont hautement vulnérables à de nombreux problèmes de santé, y compris le VIH. La santé mentale est un facteur clé dans la prise de décision saine, influant sur les liens spirituels, physiques, affectifs et sociaux. Ces facteurs ont des répercussions sur les personnes, les familles et les collectivités. Au sein des collectivités autochtones, les initiatives de prévention du VIH doivent examiner les problèmes sociaux et les problèmes de santé sous-jacents connexes. Elles doivent aussi être menées par des Autochtones et reposer sur la culture autochtone, la guérison et la fusion du corps, de l'esprit et de l'âme.

Dans la *Stratégie autochtone sur le VIH/sida au Canada II*, on peut lire ce qui suit : « La création d'un terrain d'entente visant à permettre aux peuples autochtones de trouver leurs propres façons de maîtriser cette maladie demeure essentielle... La recherche d'idées de collaboration, en vue de travailler malgré nos différences et nos territoires, continue de représenter notre plus grand espoir pour venir à bout de cette épidémie.³⁷ »

En 2007, les Nations Unies ont adopté la *Déclaration sur les droits des peuples autochtones*³⁸, qui énonce les droits individuels et collectifs des peuples autochtones, y compris leurs droits en matière de culture, d'identité, de langue, d'emploi, de santé et d'éducation. Elle « reconnaît les droits des peuples autochtones de perpétuer et de renforcer leurs institutions, leur culture et leurs traditions et de promouvoir leur développement selon leurs aspirations et leurs besoins ». Elle proscrit la discrimination et encourage leur participation pleine et efficace à toutes les questions qui les concernent ainsi que leurs droits à rester distinctifs et à poursuivre leurs propres visions relatives au développement économique et social. Le Canada a adopté cette déclaration le 12 novembre 2010.

Les déterminants de la santé affectent la résistance et la capacité des personnes, des familles et des collectivités à faire des choix sains. Dans le contexte autochtone, il est aussi essentiel d'inclure la connaissance de la réalité autochtone lors de la conception des interventions. L'héritage continu de la colonisation, de la dévastation du système des pensionnats, de la remise des enfants à des familles d'accueil, de l'étouffement de la voix autochtone, de la perte des rôles traditionnels et du racisme persistant ont tous un impact sur la santé et le bien-être actuels des peuples autochtones.

Stratégie autochtone sur le VIH/sida au Canada II pour les Premières nations, les Inuit et les Métis de 2009 à 2014.

1.5.4 Populations africaines, caribéennes et de race noire vivant au Canada

Dans la plupart des régions d'Afrique et dans nombreux pays des Caraïbes, la prévalence du VIH est élevée³⁹. Le VIH est non seulement une situation qui menace les gens vivant dans ces régions où le VIH est endémique, mais il constitue aussi un problème de santé sérieux pour les personnes d'origine africaine et caribéenne qui s'établissent dans d'autres régions du monde. Au cours des 40 dernières années, un nombre croissant de personnes ont immigré au Canada en provenance d'Afrique et des Caraïbes. Au Canada, plus de 90 % des gens se sont installés en Ontario et au Québec, mais ils sont maintenant plus nombreux à opter pour le Canada atlantique et les Prairies.

Selon le recensement de 2006, seulement 2,2 % de la population canadienne est née dans un pays où le VIH est endémique. Toutefois, en 2011, environ 16,9 % des nouvelles infections au VIH au Canada étaient attribuables à la transmission hétérosexuelle chez les personnes originaires de ces pays. En 2011, le taux d'incidence estimé chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique était environ neuf fois plus élevé que chez les autres Canadiens⁴⁰.

Le risque ne concerne pas seulement les nouveaux immigrants, et il n'est pas entièrement représenté dans le nombre de cas attribués à la transmission hétérosexuelle ou dans les facteurs de risque des pays où le VIH est endémique.

- En Ontario, il est estimé que de 30 % à 45 % des nouvelles infections parmi les Canadiens originaires d'Afrique et des Caraïbes sont survenues au Canada.

- De 1980 à 2004, 21 % des résultats positifs au dépistage du VIH au sein de la population de race noire à Toronto concernaient les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, 1 % concernait les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes/utilisateurs de drogues, près de 2 % concernaient les utilisateurs de drogues et 20 % étaient attribuables aux pratiques hétérosexuelles à risque faible ou élevé.

Une gamme de facteurs sociaux influent sur la prévention du VIH, l'accès aux soins de santé et les services connexes au sein des populations africaines, caribéennes et de race noire. Ceux-ci comprennent la stigmatisation associée au VIH dans leur propre collectivité, l'accès aux soutiens sociaux, l'expérience du racisme et de la discrimination dans l'ensemble de la société, les difficultés liées à l'immigration (p. ex. problèmes d'établissement, pauvreté, dépendance ou sécurité financière, accès à un logement abordable), les attitudes et pratiques culturelles (p. ex. normes sexuelles, opinions et accès à l'information sur le sexe ou la sexualité, circoncision masculine non sécuritaire, mutilation génitale féminine), les obstacles à l'accès aux services de santé (p. ex. services adaptés à la culture) et les efforts de prévention exhaustifs, coordonnés et ciblés.

1.5.5 Personnes provenant d'autres groupes ethnoculturels

Bien que certaines régions au Canada ne recueillent pas de données sur la race ou l'origine ethnique des personnes ayant obtenu des résultats positifs au test du VIH, celles qui le font signalent un pourcentage substantiel des infections chez les groupes raciaux autres que les Autochtones et les gens de race noire et de race blanche. En 2011, 13 % des nouveaux diagnostics concernaient des personnes d'autres groupes ethniques, y compris les Asiatiques, Latino-américains, Asiatiques du Sud/Asiatiques de l'Ouest/Arabes et autres⁴¹.

Tout comme les collectivités africaines, caribéennes et de race noire, les autres groupes ethnoraciaux au Canada font face à un éventail d'enjeux sociaux pouvant avoir un effet sur leur santé et leur risque de contracter le VIH. Ceux-ci comprennent la stigmatisation associée au VIH dans leur propre collectivité, l'accès aux soutiens sociaux, l'expérience du racisme et de la discrimination dans l'ensemble de la société, les difficultés liées à l'immigration (p. ex. problèmes d'établissement, pauvreté, dépendance financière, accès à un logement abordable), les obstacles linguistiques, les attitudes culturelles (p. ex. opinions et accès à l'information sur le sexe ou la sexualité), les obstacles à l'accès aux services de santé (p. ex. services adaptés à la culture) et les efforts de prévention exhaustifs, coordonnés et ciblés.

1.5.6 Personnes incarcérées

En 2008, 58 % des nouvelles personnes admises dans un établissement correctionnel fédéral se sont soumises à une analyse sanguine volontaire aux fins de dépistage du VIH. À la fin de l'année 2008, environ 1,72 % de la population des pénitenciers fédéraux vivaient avec le VIH, un taux beaucoup plus élevé comparativement à celui de l'ensemble de la population canadienne (0,2 %). Les études menées dans les prisons provinciales ont également révélé que les taux de séroprévalence chez les détenus sont au moins dix fois plus élevés que chez la population générale⁴².

Les taux élevés d'infection au VIH au sein de la population carcérale sont dus aux antécédents de comportements très à risque, y compris l'utilisation de drogues injectables et la participation au commerce du sexe. La majorité (91 %) des nouveaux détenus ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH à leur admission étaient déjà au courant de leur état sérologique. Toutefois, il est très important de procéder au dépistage des détenus à leur admission, car près de trois cas nouvellement diagnostiqués d'infection sont confirmés pour 1 000 tests de dépistage du VIH réalisés. Dans l'ensemble, la prévalence de l'infection au VIH dans les pénitenciers fédéraux est demeurée très stable de 2000 (1,70 %) à 2008 (1,72 %). Parmi les détenus séropositifs connus sous responsabilité fédérale, en moyenne, 64,4 % d'entre eux recevaient le traitement antirétroviral hautement actif.

« En entrant en prison, les détenus sont condamnés à l'emprisonnement pour leurs crimes; ils ne devraient pas être condamnés au VIH/sida. Il ne fait aucun doute que les gouvernements ont une responsabilité morale et légale de prévenir la propagation du VIH parmi les détenus et les employés, et de prendre soin de ceux qui vivent avec le VIH/sida. Ils ont aussi une responsabilité de prévenir la propagation du VIH dans les communautés. Les détenus font partie de la communauté; ils en viennent et y retournent. Protéger les détenus, c'est protéger nos communautés. »

Dans le Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque du Service correctionnel du Canada, 4,5 % des hommes détenus et 7,9 % des femmes détenues ont déclaré ne jamais avoir testés positifs pour le VIH. Cependant, il est difficile de comparer les données transversales auto-déclarées avec les données sur les services de santé fondées sur des résultats d'analyses de laboratoire en raison des différences méthodologiques.

Les personnes faisant partie de groupes touchés de façon disproportionnée par le VIH (p. ex. Autochtones, utilisateurs de drogues, minorités raciales/ethniques) sont surreprésentés dans les prisons, car les facteurs sociaux, structurels, économiques et comportementaux qui contribuent au VIH sont aussi associés à la probabilité accrue d'incarcération. Bien que cette situation éclaire un peu la raison pour laquelle la prévalence du VIH est élevée chez les populations carcérales, les recherches révèlent que le milieu carcéral lui-même peut entraîner un risque accru d'infection durant la période d'incarcération, et ce, en raison des conditions structurelles, de comportements et d'attitudes pouvant être nuisibles à la santé (p. ex. consommation de drogues, tatouages, perçages, violence, domination, stigmatisation, sentiment inférieur d'autonomie, manque de soutien social).

La plupart des systèmes carcéraux au Canada ont pris des mesures en vue de réduire le risque de transmission du VIH en offrant des services d'éducation, du matériel pour les relations sexuelles protégées (préservatifs, digues dentaires et lubrifiants), de l'eau de Javel pour nettoyer les tatouages, les perçages et le matériel d'injection, des traitements de substitution aux opiacés et des programmes de toxicomanie (p. ex. méthadone et suboxone) ainsi que des traitements antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH. Le Service correctionnel du Canada a établi la Stratégie de santé publique pour les délinquants en 2010⁴³, qui comprend la prévention, le contrôle et le soutien relatif au traitement, les programmes d'éducation et de sensibilisation en matière de santé, la surveillance et l'épidémiologie, et les partenariats. La Stratégie est également axée sur les Autochtones et les femmes. Certaines prisons ont aussi intégré des

programmes fondés sur les sources de résilience pour cette population, y compris ce qui suit : accès aux réseaux de soutien social tels que la famille, les personnes âgées ou les chefs de file culturels ainsi que les groupes d'entraide; accès aux études supérieures; formation professionnelle et perfectionnement des compétences relatives à l'employabilité; création d'un plus grand nombre d'environnements positifs fondés sur la dignité et le respect; accès aux services de santé mentale. Cependant, les enquêtes antérieures ont révélé des lacunes dans les services de soins préventifs à l'intention de populations carcérales particulières ainsi que des écarts entre les politiques et les pratiques⁴⁴.

1.5.7 Femmes

Près du quart (23,3 %) des déclarations de résultats positifs au test du VIH en 2011 concernaient des femmes (âgées de 15 ans et plus), ce qui représente une hausse par rapport à 1995 (moins de 10 %). La majorité des femmes ayant reçu un diagnostic de VIH au Canada sont d'origine africaine, caribéenne ou autochtone, et elles ont probablement contracté l'infection par l'utilisation de drogues injectables (29,9 % en 2011) ou par le contact hétérosexuel avec un partenaire à risque élevé⁴⁵ (24,3 % en 2011). Plusieurs de ces femmes sont victimes de traumatismes ou de violence⁴⁶.

Le taux croissant d'infection au VIH chez les femmes comparativement aux hommes illustre un traitement différentiel fondé sur le sexe. Les données montrent que les femmes hétérosexuelles sont plus vulnérables à l'infection au VIH sur les plans biologique, économique, social et culturel que les hommes hétérosexuels⁴⁷. La pauvreté, un déterminant social clé de la santé, entraîne souvent des situations où les femmes échangent des faveurs sexuelles contre leur survie. La dépendance économique limite la capacité des femmes à rompre de mauvaises relations ou à négocier des pratiques sexuelles plus sécuritaires avec leurs partenaires. La violence familiale et sexuelle, l'abus et la coercition influent sur la capacité des femmes à se protéger.

Les femmes lesbiennes, bisexuelles, gaies et transgenres (LBGT) ont, depuis les premiers jours de l'épidémie au VIH, été largement absentes du discours de prévention du VIH au Canada. En outre, les femmes LBGT qui sont atteintes du VIH sont souvent marginalisées par rapport à l'élaboration et à la mise en œuvre des services de lutte contre le VIH et, à ce titre, elles sont moins susceptibles de demander accès aux services malgré leurs risques d'infection par le VIH et leurs vulnérabilités^{48,49}.

Il se peut que les femmes les plus à risque et les plus marginalisées n'aient pas les connaissances, les ressources économiques ou le pouvoir dans leur relation pour s'assurer que leur partenaire utilise des préservatifs ou recourt à des rapports sexuels mieux protégés. Elles ont besoin de renseignements et de soutiens sociaux ainsi que d'un accès à des outils de prévention qu'elles peuvent elles-mêmes contrôler (p. ex. microbicides et vaccins préventifs). En raison de la stigmatisation associée au VIH, certaines femmes ne recourent pas aux services traditionnels relatifs au VIH. Elles se tournent plutôt vers les services offerts par leur médecin ou d'autres fournisseurs de soins de santé, les refuges, les programmes concernant la violence familiale, les organismes d'établissement et d'autres organisations au service des femmes et qui n'ont pas nécessairement une expertise dans les services relatifs au VIH/sida.

1.5.8 Jeunes

Certaines populations de jeunes au Canada courent un risque élevé de contracter l'infection au VIH, y compris les jeunes de la rue, les jeunes nomades, ceux qui utilisent des drogues injectables, ceux qui sont homosexuels et les jeunes autochtones. Par exemple, le taux de prévalence obtenu dans le cadre d'une étude menée en 2007 auprès de jeunes utilisateurs de drogues en Colombie-Britannique était de 8 %⁵⁰. En 2008, la majorité des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les jeunes était attribuable à la catégorie des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Également en 2008, 40,9 % de toutes les déclarations de cas de VIH, y compris les renseignements sur la race/l'origine ethnique chez les jeunes, concernaient ceux qui ont déclaré être Autochtones⁵¹. Aussi, de plus en plus de preuves révèlent que les jeunes ayant été victimes d'intimidation et de violence à un âge précoce sont plus vulnérables aux infections transmissibles sexuellement et à la toxicomanie plus tard dans leur vie en raison de problèmes d'estime de soi et de comportements à risque. Les programmes à l'intention des jeunes autochtones sont particulièrement encouragés puisque la population autochtone est beaucoup plus jeune que la population générale du Canada⁵².

Afin de prévenir la propagation du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, les programmes de prévention ciblant les collectivités à risque doivent comprendre des renseignements adaptés à l'âge et des initiatives menées par des pairs à l'intention des jeunes. Des organisations et/ou organismes au service des jeunes marginalisés ou nomades doivent faire partie de ces programmes. Les messages de prévention du VIH et les compétences connexes sont renforcées quand intégrées dans le cadre des programmes plus vastes en matière de santé et de soutien social destinés aux jeunes.

1.5.9 Nouveau-nés dont la mère est atteinte du VIH

Le Canada a réalisé des progrès importants dans la réduction du nombre de nouveau-nés séropositifs. Par exemple, en 2001, un total de 168 nouveau-nés ont été exposés au VIH pendant la grossesse de la mère; il y a eu 17 cas (ou 10,1 %) dont l'infection au VIH a été confirmée. En 2008, en revanche, l'infection a été confirmée dans le cas de 4 nouveau-nés sur un total de 238 (1,7 %)⁵³. Des stratégies de prévention efficaces sont en place, y compris les tests de dépistage prénatal, le recours au traitement antirétroviral pendant la grossesse et les césariennes. Les nouveau-nés qui courent le plus grand risque sont ceux dont la mère ne reçoit pas de soins prénataux et, par conséquent, n'a pas accès aux tests de dépistage prénatal du VIH ou aux services lui permettant d'améliorer sa santé et de protéger la santé de son bébé pendant la grossesse.

Le nombre d'infections au VIH augmente chez les femmes autochtones, celles provenant de pays où le VIH est endémique et celles qui utilisent des drogues injectables. Des efforts particuliers sont requis pour s'assurer que ces femmes reçoivent des renseignements adaptés aux différences culturelles sur les avantages du dépistage du VIH pendant la grossesse et qu'elles ont accès à des soins prénataux. Comme c'est le cas pour tous les tests de dépistage du VIH, les fournisseurs sont légalement et éthiquement tenus d'obtenir le consentement éclairé des femmes enceintes avant de réaliser le test⁵⁴. Une attention doit également être accordée à la santé du père infecté par le VIH et des autres personnes qui s'occuperont de l'enfant pour veiller à ce qu'ils soient en mesure d'assumer le rôle parental avec succès et de façon

permanente ainsi que de contribuer à une vie familiale de qualité qui sera profitable à la santé et au bien-être en général de l'enfant.

1.5.10 Personnes vivant avec le VIH/sida

En 2011, environ 3 175 Canadiens ont été nouvellement infectés par le VIH. Il est estimé que 71 000 personnes vivaient avec le VIH/sida au Canada à la fin de 2011. Ces personnes au Canada forment un groupe varié, les populations clés touchées étant les suivantes : hommes gais et hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, personnes qui utilisent des drogues injectables, personnes provenant de pays où le VIH est endémique, Autochtones, personnes incarcérées, jeunes à risque et femmes⁵⁵.

Le cheminement de vie et les expériences des personnes vivant avec le VIH/sida, avant et après l'infection au VIH, sont uniques et multiples. Cependant, ils sont tous influencés par les déterminants de la santé. Ces déterminants (p. ex. sexe, environnements sociaux, accès aux services de santé) influencent grandement la vulnérabilité à l'infection au VIH ainsi que la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida, l'observance et les résultats du traitement de même que la mortalité. La diversité des personnes vivant avec le VIH/sida au Canada signifie que différentes populations font face à différents défis. Certaines personnes peuvent rencontrer des obstacles linguistiques et culturels au moment d'accéder à des soins de santé et à des services de soutien, tandis que d'autres peuvent avoir de la difficulté à surmonter un problème de toxicomanie ou n'ont pas de logement stable.

Bien que le traitement soit largement accessible au Canada aux personnes vivant avec le VIH/sida qui en ont besoin, une gamme de facteurs socioéconomiques influent sur l'accès au traitement et l'observance du traitement ainsi que sur la santé de ces personnes. Un statut socioéconomique plus faible est associé à des délais avant de demander un traitement et à une mortalité accrue parmi les personnes qui accèdent au traitement.

Bien des personnes atteintes du VIH/sida vivent dans la pauvreté avant l'infection, et les difficultés en matière de santé que connaissent ces personnes peuvent les obliger à quitter leur travail ou à limiter leur présence au travail. Bien qu'un soutien du revenu et qu'un remboursement des médicaments antirétroviraux soient offerts aux personnes dans le besoin, bon nombre de personnes vivant avec le VIH/sida ont de la difficulté à payer les médicaments et traitements complémentaires ainsi que des aliments nutritifs.

Pour bien des personnes vivant avec le VIH/sida, l'infection au VIH est une invalidité épisodique, c'est-à-dire que la santé peut être interrompue par des périodes imprévisibles de mauvaise santé et d'invalidité. Cette incertitude et les périodes de mauvaise santé peuvent amener des personnes vivant avec le VIH/sida à quitter la population active ou à réduire leurs heures de travail. Les recherches menées au Canada sur les personnes vivant avec le VIH/sida et l'emploi soulignent les avantages du travail pour ces personnes – indépendance, autonomisation, implication avec les autres, confiance en soi et structure quotidienne. Le statut professionnel est fortement associé à une qualité de vie améliorée dans le cas des personnes vivant avec le VIH/sida.

La stigmatisation et la discrimination continuent d'influencer la vie des personnes vivant avec le VIH/sida, de leurs relations intimes, familiales et amicales à leurs relations avec la communauté, dans le milieu de travail et dans la société en général. Pour nombre d'entre elles, cette stigmatisation est composée d'autres formes de discrimination, y compris le racisme, le sexisme et l'homophobie.

La participation communautaire et le soutien social constituent des éléments principaux de la lutte contre le VIH/sida au Canada, et continuent d'être des sources clés de résilience pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Des organismes communautaires et les gouvernements dans l'ensemble du Canada participent à la prestation de traitements, de soins, de soutien et de services aux personnes vivant avec le VIH/sida, et collaborent à la prévention, à l'éducation et à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Les personnes qui savent qu'elles ont le VIH jouent un rôle essentiel dans la prévention du virus. Les initiatives de prévention positive axées sur les principes de promotion de la santé favorisent activement la santé physique, mentale, spirituelle et sexuelle des personnes atteinte du VIH/sida. Elles habilite ces personnes en veillant à ce qu'elles reçoivent les traitements, les soins et le soutien appropriés pour surmonter les problèmes psychosociaux complexes (p. ex. dépression, déni, rejet, isolement, deuil et perte) ainsi que d'autres soins permettant d'améliorer la santé (p. ex. nutrition et logement adéquats). Elles aident aussi les personnes à surmonter les problèmes de divulgation de leur état séropositif et traitent des rapports sexuels mieux protégés et de l'utilisation de drogues plus sécuritaire. La prévention positive est également utile pour promouvoir des relations saines entre les partenaires sexuels.

La tendance voulant qu'une attention accrue soit accordée à la prévention positive est attribuable au désir des personnes vivant avec le VIH/sida de prévenir la transmission et de se protéger contre la réinfection et d'autres infections transmissibles sexuellement pouvant menacer leur santé et accroître le risque de transmission du virus.

1.5.11 Nécessité d'augmenter les tests de dépistage du VIH

Le VIH est souvent un virus à action lente. Les personnes peuvent être infectées pendant de nombreuses années sans le savoir. Il est estimé que jusqu'à 25 % des Canadiens atteints du VIH ne savaient pas qu'ils étaient infectés à la fin de 2011⁵⁶. Le VIH est le plus contagieux au moment où les personnes sont infectées et plus tard dans le cours de la maladie, soit lorsque la charge virale est élevée et que le système immunitaire est affaibli.

L'un des moyens les plus efficaces de stopper la transmission du VIH est de s'assurer que les personnes infectées sont au courant de leur état sérologique. Les personnes qui reçoivent un diagnostic précoce et qui ont accès au traitement et au soutien appropriés vivent plus longtemps et sont en meilleure santé que celles qui reçoivent un diagnostic plus tard dans le cours de la maladie. Elles sont aussi plus en mesure de prévenir la transmission du virus. Lorsque le dépistage volontaire du VIH comprend une discussion avant et après le test ainsi qu'un consentement éclairé, il s'agit à la fois d'une intervention précoce efficace (c.-à-d. une bonne façon d'associer les personnes infectées à des soins) et d'une stratégie de prévention efficace (c.-à-d. une possibilité de fournir des renseignements et un soutien aux personnes adoptant des comportements à risque en vue d'inciter des changements et d'offrir des traitements, ce qui permettra de réduire le risque de transmission aux autres).

Parmi les obstacles au dépistage, mentionnons notamment les suivants : accès au test, méconnaissance des avantages du dépistages, des traitements et des services adaptés à la culture; perception de ne pas être à

risque de contracter le VIH; stigmatisation associée au VIH/sida et à d'autres infections transmissibles sexuellement; répercussions de la divulgation d'un état séropositif⁵⁷ donc certaines personnes pensent qu'il est mieux de ne pas connaître leur état sérologique. Malgré ces obstacles, la promotion du dépistage volontaire régulier auprès des collectivités qui présentent des taux élevés d'infection au VIH (p. ex. hommes gais, utilisateurs de drogues injectables, Autochtones et personnes provenant de pays où le VIH est endémique) constitue la façon la plus efficace de déceler l'infection et d'associer les personnes concernées à des programmes de traitement et de prévention. Il y a de nouvelles preuves démontrant que le fait d'encourager les Canadiens à inclure le test de dépistage du VIH dans le cadre de leurs soins de santé courants représente une mesure généralement rentable. Le dépistage systématique pourrait contribuer à la réduction du taux estimatif de Canadiens, soit 25 % (de 14 500 à 21 500 personnes à la fin de 2011), qui vivaient avec le VIH, mais ignoraient leur état sérologique⁵⁸.

But no 1 : Prévenir la propagation du VIH/sida au Canada grâce aux efforts de promotion de la santé, de prévention comportementale et biomédicale et de protection

Stratégies

Mesures à prendre

1.1 Approche axée sur les déterminants de la santé

- Continuer de sensibiliser les gens aux facteurs sociaux sous-jacents qui contribuent à la propagation du VIH/sida, tels que le revenu, le logement et le sexe.
- Élaborer des politiques, des programmes et des services municipaux, provinciaux/territoriaux et fédéraux en matière de logement permettant de fournir à un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque de le contracter un accès à un logement stable, approprié et abordable.
- Élaborer des politiques et des programmes d'assistance sociale permettant d'offrir aux personnes atteintes du VIH/sida ou à risque de le contracter une sécurité du revenu accrue.
- Accroître le nombre de possibilités d'emploi à l'intention des personnes atteintes de maladies débilitantes de longue durée.
- Améliorer la sécurité alimentaire pour les personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque de le contracter.
- Établir des programmes qui permettront de réduire les cas de violence et d'autres inégalités sociales (p. ex. programmes de lutte contre l'intimidation, programmes de promotion de la santé mentale, initiatives concernant la violence familiale et programmes visant à réduire la violence physique et sexuelle).
- Interroger les personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque de le contracter afin d'évaluer leur accès à un revenu, à un logement, à un emploi, aux soutiens sociaux, aux services de santé et à d'autres déterminants de la santé.

1.2 Approche axée sur les droits de la personne

- Poursuivre le débat public concernant les aspects juridiques liés à l'exposition et à la transmission du VIH/sida.
- Appliquer les lois, les politiques et les autres mesures visant à protéger les droits des personnes atteintes du VIH/sida, et adopter d'autres mesures telles que la communication et l'éducation pour informer le public des questions liées aux droits de la personne.
- Fournir un accès à de l'aide juridique aux personnes atteintes du VIH/sida ou à risque de le contracter qui font l'objet de discrimination ou d'autres violations des droits de la personne.
- Créer un environnement juridique et politique appuyant la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque de le contracter, y compris celles dans des établissements correctionnels.
- Cerner et examiner toute loi, politique et pratique qui crée des obstacles pour les gens qui accèdent à des services de promotion de la santé, de prévention de la maladie, de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien relatifs au VIH.
- Élaborer des lignes directrices en matière de poursuites afin d'aider les responsables du système judiciaire (p. ex. agents d'application de la loi et procureurs) à prendre des décisions éclairées au moment de considérer les accusations pour des infractions présumées de non-divulgaration d'un état séropositif, de guider l'application du droit criminel et d'aider les personnes séropositives à prendre des décisions en connaissance de cause quant à la divulgation de leur état séropositif.

1.3 Mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination

- Mettre en œuvre des initiatives de communication/d'éducation, y compris des programmes d'éducation destinés aux enfants et aux jeunes et adaptés à l'âge de ceux-ci, visant à lutter contre tous les types de discrimination (p. ex. racisme, homophobie et sexisme), de violence et d'abus.
- Mettre en œuvre des programmes d'éducation visant à renforcer le fait que la consommation problématique de drogues constitue un problème de santé et à mieux sensibiliser le grand public à l'appui des programmes et des services de santé à l'intention des toxicomanes.
- Accroître la capacité à tous les niveaux – local, communautaire, provincial, territorial et fédéral – afin de pouvoir intervenir immédiatement et efficacement dans les cas de discrimination liée au VIH/sida.
- Créer un environnement au sein des collectivités gaies, autochtones, ethnoculturelles et ethno- raciales affirmant le droit des membres vivant avec le VIH/sida et leur place dans la collectivité.
- Accroître l'utilisation d'outils de collecte de données, tels que les enquêtes ciblant les personnes atteintes du VIH/sida ou à risque de le contracter au sujet de leurs expériences liées à la stigmatisation et à la discrimination, et se servir de ces renseignements pour orienter les efforts de lutte contre la stigmatisation et la discrimination.
- Continuer à promouvoir une approche de santé publique concernant la divulgation d'un état séropositif.
- Redoubler d'efforts pour comprendre les facteurs structurels qui entraînent la stigmatisation et la discrimination.

1.4 Surveillance et évaluation

- Continuer à améliorer la qualité et la cohérence des données sur le VIH recueillies dans l'ensemble des provinces et territoires.
- Accroître la capacité des systèmes actuels de surveillance du VIH en vue d'analyser les données et de fournir des rapports et des renseignements opportuns permettant d'orienter les programmes de prévention.
- Conserver et étendre la couverture géographique des systèmes actuels de surveillance de deuxième génération, et poursuivre l'élaboration et la mise en œuvre de systèmes de surveillance de seconde génération axés sur les Autochtones et les personnes provenant de pays où le VIH est endémique.
- Mener des études ciblées de surveillance épidémiologique afin de comprendre les facteurs qui contribuent à la propagation du VIH/sida dans les collectivités concernées.
- Mener des recherches sur les stratégies de prévention efficaces et évaluer ces stratégies dans le cas des collectivités vulnérables au VIH/sida, et se servir des résultats pour orienter les programmes de prévention.
- Accroître les travaux de surveillance relatifs au VIH/sida et la tuberculose ultrarésistante ainsi que sur les comorbidités non infectieuses (p. ex. maladie cardiovasculaire et diabète).

1.5.1 Approche axée sur la population – Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

- Étendre la couverture géographique du système de surveillance M-Track en vue d'obtenir des données de surveillance pancanadiennes sur la prévalence du VIH et les facteurs de risque connexes.
- Mettre en œuvre des programmes de prévention complets qui :
 - sont planifiés par des pairs et menés (participation accrue et significative) par des personnes vivant avec le VIH/sida;
 - sont fondés sur des données probantes;
 - permettent d'accroître la résilience;
 - traitent des facteurs complexes augmentant le risque;

- examinent les obstacles/problèmes auxquels font face les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes concernant l'utilisation de préservatifs;
- offrent l'éducation et le soutien pouvant aider les hommes gais à se protéger eux-mêmes;
- offrent de l'aide aux personnes atteintes du VIH/sida au sein de la communauté gaie;
- abordent et réduisent l'homophobie et permettent de créer des collectivités positives et sécuritaires;
- font partie d'initiatives de promotion de la santé et d'initiatives sur la santé et le bien-être plus vastes destinées aux hommes gais, et ce, dès un jeune âge.

1.5.2 Approche axée sur la population – Utilisateurs de drogues injectables

- Inciter les utilisateurs de drogues à participer de façon concrète à la planification et à la mise en œuvre de programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien relatifs au VIH.
- Offrir des activités de sensibilisation efficaces menées par des pairs dans des collectivités de toxicomanes.
- Poursuivre l'élaboration de services sociaux et de services de santé exhaustifs axés sur la personne et continuer à les offrir aux utilisateurs de drogues, y compris des soins primaires, un logement, de la nourriture, une sécurité du revenu, des services de santé mentale et des programmes de gestion du sevrage (et aussi les programmes de gestion du sevrage de longue durée en établissement).
- Maintenir et étendre les programmes de prévention, de substitution et de traitement efficaces fondés sur des données probantes.
- Se pencher sur les problèmes liés à la santé mentale et aux traumatismes pouvant entraîner une consommation problématique de drogues.
- Élaborer des initiatives de prévention efficaces fondées sur des données probantes à l'intention des utilisateurs de crack.
- S'assurer que toutes les personnes concernées reçoivent les services appropriés de gestion de la douleur afin de réduire le recours aux drogues à des fins non médicales.
- Établir des programmes de prévention qui visent particulièrement les Autochtones et les femmes utilisant des drogues injectables ou dont les partenaires utilisent ces drogues.
- Mettre au point des interventions de prévention conçues particulièrement pour les personnes dont les partenaires utilisent des drogues injectables.
- Continuer à étendre la couverture géographique du système de surveillance I-Track en vue d'obtenir des données de surveillance pancanadiennes sur la prévalence du VIH, l'exposition au virus de l'hépatite C et les facteurs de risque connexes.

1.5.3 Approche axée sur la population – Autochtones

- Mettre en œuvre des programmes de prévention, de traitement et de soutien complets adaptés aux différences culturelles et dirigés par des pairs qui :
 - appuient les principes de l'autodétermination;
 - illustrent la diversité au sein des collectivités autochtones;
 - reconnaissent le rôle de la famille et des réseaux communautaires;
 - assurent le soutien actif des dirigeants autochtones;
 - intègrent la prévention du VIH aux programmes plus vastes de santé et de bien-être destinés aux Autochtones traitant des problèmes de santé mentale, de la consommation problématique de drogues, du traumatisme intergénérationnel, de la violence familiale et du chômage;
 - renforcent le point de vue des Autochtones concernant l'interrelation entre le corps, l'esprit, le cœur et l'âme;

- mettent l'accent sur les besoins uniques des jeunes, des femmes, des familles et des personnes bi-spirituelles;
- sont conçus en fonction du sexe et de l'âge;
- permettent d'accroître le nombre de fournisseurs de soins de santé et d'éducateurs autochtones formés;
- réduisent la stigmatisation associée au VIH au sein des collectivités autochtones et offrent de l'aide aux personnes infectées;
- évaluent et proposent des interventions pertinentes sur le plan culturel et fondées sur des données probantes.
- En collaboration avec les autorités de santé publique provinciales/territoriales et locales ainsi que les organisations communautaires gérées par des Autochtones, procéder à l'essai du système de surveillance A-Track et le mettre en œuvre à des sites sentinelles choisis.
- Investir dans la recherche sur les besoins des Autochtones relatifs au VIH ainsi que sur les interventions visant à améliorer la compréhension des répercussions de la stigmatisation, de la dépression, de la toxicomanie et de la violence sexuelle et à éclairer les programmes efficaces adaptés aux différences culturelles.

1.5.4 Approche axée sur la population
 – Personnes provenant de l'Afrique subsaharienne et des Caraïbes vivant au Canada

- Continuer d'élaborer des programmes complets dirigés par des pairs à l'intention des personnes provenant de pays où le VIH est endémique qui :
 - offrent des directives, des renseignements et une éducation en matière de prévention adaptés aux différences culturelles et qui traitent des enjeux contribuant à la propagation du VIH/sida, y compris les suivants : couples hétérosexuels discordants à long terme; problèmes liés à la reproduction, au dépistage, à la divulgation de l'état sérologique et à la notification aux partenaires; problèmes liés à l'immigration; répercussions du racisme et d'autres types de discrimination sur la participation de cette population à la lutte contre le VIH/sida; capacité de cette population à accéder à des services liés au VIH et à des renseignements connexes; et manque d'emplois et de logements;
 - abordent les problèmes complexes auxquels font face les femmes de ces collectivités (p. ex. inégalité des sexes, violence, isolement et différences physiologiques dans le traitement du VIH);
 - examinent les problèmes auxquels font face les hommes de race noire ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes;
 - réduisent la stigmatisation associée au VIH au sein de la collectivité, ce qui entraîne l'isolement des personnes infectées, et offrent de l'aide aux personnes vivant avec le VIH/sida;
- Poursuivre l'élaboration et la mise en œuvre d'études de surveillance de deuxième génération au sein de cette population clé en Ontario et au Québec.

1.5.5 Approche axée sur la population
 – Personnes provenant d'autres groupes ethnoculturels

- Améliorer la collecte et la communication des données sur la race, l'origine ethnique et le pays d'origine dans le cadre des tests de dépistage et d'autres programmes de surveillance.
- Travailler de pair avec les collectivités ethnoculturelles afin d'élaborer des stratégies de prévention adaptées aux différences culturelles.
- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination dans ces collectivités.

1.5.6 Approche axée sur la population
 – Personnes incarcérées

- Fournir des services de prévention et de traitement adaptés aux différences culturelles, au sexe et à l'âge à l'intention des détenus, y compris :
 - des renseignements et une éducation continue permettant de prévenir la propagation du VIH/sida et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, ainsi qu'un accès aux outils semblables à ceux offerts à la collectivité qui

- aident à éviter la transmission d'infections (p. ex. préservatifs et digues dentaires);
- les programmes d'éducation par les pairs, de consultation et de soutien;
- les tests de dépistage du VIH, d'infections transmissibles sexuellement et de l'hépatite C;
- le traitement et les programmes de soutien liés au VIH, à l'hépatite C et à d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi qu'un soutien pour encourager l'observance du traitement;
- le traitement de substitution aux opioïdes pour les personnes qui consomment de la méthadone et de la suboxone au moment de leur admission à l'établissement et celles qui souhaitent entreprendre le traitement pendant leur incarcération;
- les services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie;
- les programmes destinés aux femmes, aux jeunes, aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, aux transgenres, aux personnes ayant une variance de genre et aux Autochtones dans les prisons et d'autres établissements correctionnels;
- un soutien en vue d'encourager les rapports sexuels mieux protégés dans le cadre des programmes de visite familiale privée;
- la planification efficace des sorties et les liens aux programmes de prévention et de soutien dans la collectivité.

1.5.7 Approche axée sur la population – Femmes

- Mettre en œuvre des initiatives de prévention exhaustives qui répondent aux besoins variés des femmes autochtones, des femmes d'origine africaine et caribéenne vivant au Canada, des femmes faisant partie d'autres groupes ethnoculturels touchés par le VIH/sida, des utilisatrices de drogues injectables et des autres femmes à risque.
- Élaborer des initiatives de prévention ciblées à l'intention des travailleuses du sexe. Appuyer les initiatives conçues pour accroître la capacité des femmes à diminuer leur risque (p. ex développement de microbicides, programmes de lutte contre la violence, refuges pour femmes et programmes de traitement de la toxicomanie destinés aux femmes).
- Élaborer des programmes de prévention et de soutien afin de répondre aux besoins particuliers des femmes et des enfants.
- Faire participer les hommes à l'élaboration et à la mise en œuvre d'approches novatrices permettant de changer les pratiques et normes sociales et culturelles néfastes, dans le cadre de la prévention du VIH.

1.5.8 Approche axée sur la population – Jeunes

- Mettre en œuvre des initiatives de prévention adaptées à l'âge et menées par des pairs à l'intention des jeunes, et s'assurer que les jeunes participent pleinement à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation de ces initiatives.
- Élaborer des interventions en matière de santé sexuelle adaptées à l'âge et aux différences culturelles, et les intégrer aux programmes de santé destinés aux jeunes.
- Travailler de pair avec les ministères de l'Éducation, les commissions scolaires et les écoles en vue de développer des programmes d'éducation sexuelle adaptés à l'âge, ainsi que des programmes permettant d'aider les enfants à accroître leurs compétences et leur estime de soi afin de pouvoir prendre des décisions éclairées.
- Concevoir des programmes conçus pour répondre aux besoins des jeunes à risque, y compris les jeunes gais, les jeunes autochtones et les jeunes de la rue.

1.5.9 Approche axée sur la population – Nouveau-nés dont

- Élaborer des programmes communautaires de soutien et d'éducation afin de venir en aide aux femmes à risque élevé et de veiller à ce qu'elles reçoivent des soins prénataux.

***la mère est atteinte
du VIH***

- Souligner l'importance des programmes de dépistage prénatal pour les deux parents.
- Établir des programmes et des services de soutien à l'intention des enfants et des jeunes vivant avec le VIH.
- Assurer le maintien de la santé des parents et des gardiens responsables de la santé et du bien-être de l'enfant.

***1.5.10 Approche axée sur
la population
– Personnes vivant
avec le VIH qui
ignorent être
infectées***

- Continuer à promouvoir les tests de dépistage prénatal et les soins prénataux dans le cas de toutes les femmes enceintes et leurs partenaires.
- Élaborer des stratégies ciblées et adaptées à l'âge, au sexe et aux différences culturelles afin d'encourager un plus grand nombre de personnes à risque élevé à subir les tests de dépistage.
- Cerner et éliminer les obstacles aux tests de dépistage du VIH chez les personnes à risque.
- Réduire la stigmatisation et la discrimination.
- Faciliter l'accès aux tests de dépistage (p. ex. tests anonymes et dépistage au point de service).
- Normaliser les tests de dépistage pour qu'ils fassent partie de l'examen physique annuel ou l'évaluation annuelle.

***1.5.11 Approche axée sur
la population
– Personnes vivant
avec le VIH qui
savent être infectées***

- Continuer à mettre en œuvre des programmes de prévention positive dirigés par des personnes vivant avec le VIH/sida qui sont conçus pour aider les personnes atteintes d'une maladie infectieuse à gérer les difficultés liées à une vie saine sur le plan sexuel.
- Élaborer des programmes de soutien à l'intention des enfants et des jeunes vivant avec le VIH/sida et de leur famille.

But n° 2 : Renforcer les services de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien pour les personnes vivant au Canada

Résultats visés

Un traitement pour le VIH et les maladies connexes ou les co-infections qui soit plus accessible, abordable et efficace, et qui engendre moins d'effets secondaires ou de complications.

Personnes vivant avec le VIH/sida :

- Connaître leur état le plus tôt possible afin qu'elles puissent recevoir les soins appropriés et rester en santé.
- Avoir accès à toute une gamme de services de santé adaptés sur le plan culturel, à partir du diagnostic et pendant leur traitement et, si nécessaire, à des soins palliatifs et de fin de vie.
- Avoir accès à des traitements qui les aident à gérer les comorbidités ou qui traitent avec succès les co-infections.
- Avoir accès à des programmes et des services de réadaptation de haute qualité.
- Vivre plus longtemps et en meilleure santé.

Stratégies et justification

Même si la qualité des soins, du traitement et du soutien pour le VIH au Canada compte parmi les meilleures des pays développés, certaines personnes – particulièrement celles situées dans des régions rurales et éloignées, mais aussi des groupes marginalisés en centres urbains⁵⁹ – luttent encore pour accéder aux services de dépistage, de soins et de traitement dont elles ont besoin. Les besoins des personnes séropositives deviennent de plus en plus complexes, et les services doivent s'adapter. Les principaux défis en matière de soins, de traitement et de soutien pour le VIH au Canada sont les suivants :

- Les besoins complexes en matière de traitement des groupes de population, y compris les différents contextes et problèmes rencontrés par les personnes vivant avec le VIH/sida, les personnes qui sont toxicomanes et les personnes qui ne sont pas diagnostiquées avant d'être dans les derniers stades de l'infection au VIH.
- Les comorbidités associées au VIH/sida, telles que le cancer, les maladies du cœur, du foie et des reins, les troubles musculo-squelettiques, les problèmes liés à leur traitement, ainsi que le traitement du VIH (traitement antirétroviral hautement actif).
- Les besoins complexes en matière de traitement des personnes co-infectées par le VIH, la tuberculose, l'hépatite C ou d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.
- Le taux élevé de dépression chez les personnes vivant avec le VIH/sida. Les besoins complexes en matière de traitement et de soutien des personnes atteintes d'une maladie mentale et ayant des problèmes de toxicomanie.

- Les besoins particuliers en matière de traitement des femmes vivant avec le VIH/sida (par exemple, les questions relatives à la reproduction et la gestion des traitements médicamenteux pendant la ménopause).
- Les troubles neurocognitifs associés au VIH/sida.
- Le besoin d'assistance qu'ont les personnes vivant avec le VIH/sida concernant les besoins de base, tels que le revenu, les possibilités d'emploi, le logement, la nourriture et les prestations d'invalidité.
- Les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes vivant avec le VIH/sida, car elles vivent de nombreuses années avec une maladie infectieuse qui est potentiellement mortelle si elle n'est pas correctement traitée.
- L'impact de la stigmatisation et de la discrimination.
- Les questions liées aux relations, à la divulgation et au besoin de stratégies de prévention efficaces pour les personnes vivant avec le VIH/sida.
- Les répercussions du vieillissement avec le VIH/sida (à la fois des problèmes physiques et mentaux), ainsi que la demande accrue en matière de services de soins de longue durée, de soins palliatifs et de soins de fin de vie.

2.1 Amélioration de l'efficacité du traitement

Après près de vingt ans d'expérience avec le traitement antirétroviral hautement actif, les cliniciens et les personnes vivant avec le VIH/sida décèlent des problèmes, tels que les échecs du traitement, la résistance aux médicaments et les effets secondaires. Ils rencontrent également des difficultés importantes relatives à la co-infection avec l'hépatite C, aux autres maladies comorbides ou aux troubles concomitants, comme les maladies mentales ou la toxicomanie.

À mesure que les personnes vivant avec le VIH/sida vieillissent, elles développent des maladies associées au vieillissement, telles que l'arthrite, l'ostéoporose, les maladies du cœur et du foie, les pertes cognitives et la démence, mais plus tôt que les autres personnes. Certaines de ces maladies découlent du vieillissement, d'autres sont dues aux traitements contre le VIH/sida. Il est essentiel que les fournisseurs de soins de santé connaissent bien ces autres maladies et s'appliquent à traiter le VIH en tenant compte des autres problèmes de santé.

Les soins changeants et complexes relatifs aux besoins de ces personnes mettent en évidence la nécessité de continuer à élaborer de nouveaux traitements plus efficaces, des stratégies visant à réduire la résistance aux médicaments, des traitements contre les comorbidités, des vaccins et des microbicides, et un jour, enfin, un remède. Des moyens efficaces sont nécessaires pour combler l'écart dans les résultats du traitement des femmes et des Autochtones, qui ont tendance à être diagnostiqués plus tard dans l'évolution du VIH. Une récente étude sur les comorbidités a également mis en lumière l'importance de la promotion de la santé pour les personnes vivant avec le VIH/sida, notamment en abordant des sujets tels que la nutrition et les habitudes en général, comme le tabagisme, qui peuvent compromettre leur santé.

2.2 Amélioration de l'accès aux traitements et de l'engagement à l'égard de ceux-ci

Bon nombre de Canadiens vivant avec le VIH/sida continuent de rencontrer des obstacles en matière d'accès aux traitements, tels que des difficultés liées à la géographie, à la distance, à la culture, à la langue, à la bureaucratie, à la réglementation, à la stigmatisation et à la discrimination. Le coût du transport constitue un problème important pour les habitants des régions rurales et éloignées qui doivent se déplacer pour obtenir des services. Les personnes qui s'injectent des drogues se voient parfois refuser l'accès au traitement antirétroviral en raison de l'idée préconçue selon laquelle elles ne sont pas en mesure de respecter des schémas thérapeutiques complexes. Toutefois, la recherche indique qu'avec une éducation et un soutien appropriés, ces personnes ont les mêmes taux d'observance que les autres vivant avec le VIH/sida⁶⁰. Les personnes incarcérées interrompent parfois leur traitement antirétroviral en prison par crainte d'être stigmatisées⁶¹ ou pour d'autres raisons, comme les transferts d'une institution à une autre, la planification du congé et les procédures de renvoi pour raisons médicales. Les personnes co-infectées par le VIH et l'hépatite C ont parfois des difficultés à accéder au traitement de l'hépatite C.

2.3 Approche axée sur les déterminants sociaux de la santé en ce qui a trait aux soins et au soutien

Les personnes vivant avec le VIH/sida constituent un groupe très diversifié sur le plan socioéconomique et culturel. Alors que certaines personnes travaillent et gèrent leur maladie, d'autres, dont le nombre est en constante augmentation, ont du mal à satisfaire à leurs besoins fondamentaux et à vivre une vie pleine dans le cadre d'une maladie de longue durée et potentiellement mortelle. Certaines personnes vivant avec le VIH/sida ont besoin d'un large éventail de services de soutien appropriés sur le plan culturel qui peuvent leur apporter une aide pratique et psychologique, notamment concernant le logement, la nourriture, le soutien social et les stratégies de prévention. De nombreux services dont les personnes vivant avec le VIH/sida ont besoin vont au-delà du mandat traditionnel des programmes de santé. Pour répondre à ces besoins, les services doivent adopter une approche globale et impliquer les partenaires qui peuvent répondre à des questions concernant les acteurs des secteurs du revenu et du logement, et ce, dans les divers ordres de gouvernement et dans les collectivités.

L'une des principales lacunes relatives aux personnes vivant avec le VIH/sida concerne l'accès à des possibilités d'emploi souples et adaptées à leur capacité à travailler. Un lieu de travail fixe et des polices d'assurance invalidité peuvent empêcher une personne vivant avec le VIH/sida de retourner au travail ou de travailler à temps partiel et de bénéficier des avantages liés à l'emploi (par exemple, une meilleure santé, un soutien social, l'intégration dans la société et le fait de contribuer à l'économie). L'incidence de ces politiques ne se limite pas aux personnes vivant avec le VIH/sida, elle affecte aussi de nombreuses personnes ayant des maladies épisodiques de longue durée. Les personnes vivant avec le VIH/sida peuvent également avoir besoin d'accéder à des programmes de formation professionnelle et d'aide pour développer leurs compétences et trouver un emploi.

2.4 Amélioration de l'accès aux soins de longue durée et de fin de vie

Dans les années 1980 et au début des années 1990, lorsque les personnes atteintes du sida mouraient assez rapidement, les professionnels travaillant dans ce domaine étaient des chefs de file dans le secteur des soins de fin de vie. Un certain nombre de programmes de soins palliatifs ont été mis sur pied tout

particulièrement pour les personnes atteintes du sida, car les programmes existants ne pouvaient pas répondre à leurs besoins. Depuis l'avènement du traitement antirétroviral hautement actif en 1996, les ressources de nombreux programmes d'accompagnement et de soins palliatifs ont été réorientées pour offrir des logements avec services de soutien ou des programmes de jour. À mesure que les personnes vivant avec le VIH/sida vieillissent, elles sont plus susceptibles de développer des comorbidités, notamment de graves troubles cognitifs qui affectent leur indépendance et leur capacité à gérer les activités quotidiennes.

Bien que les personnes vivant avec le VIH/sida vivent plus longtemps qu'avant, elles vieillissent aussi plus vite que les autres personnes. Selon Maison d'Hérelle à Montréal, *une personne de 50 ans vivant avec le VIH ressemble physiquement à une personne de 65 ans vivant sans le VIH*. À mesure que les personnes vivant avec le VIH/sida entrent dans la cinquantaine, elles sont plus nombreuses à avoir besoin de soins de longue durée et à décéder. Des organisations telles que Casey House à Toronto et *Maison d'Hérelle* déclarent avoir plus de clients avec des besoins complexes en matière de réadaptation liés à des troubles musculo-squelettiques compliqués, à des douleurs chroniques et à des troubles neurologiques. Elles voient également plus de clients avec des problèmes de toxicomanie, qui vivent seuls, de l'aide sociale et dans une pauvreté relative.⁶²

À mesure que les personnes vivant avec le VIH/sida vieillissent, elles ont besoin d'accéder à des soins appropriés sur le plan culturel, à des soins de longue durée et à des soins palliatifs en fin de vie. Les fournisseurs de soins de santé de longue durée doivent être formés sur les besoins complexes des personnes vivant avec le VIH/sida (hommes et femmes confondus) et sur la façon de fournir des services adaptés aux différences culturelles. Les fournisseurs de services liés au VIH doivent être plus informés sur l'importance des soins palliatifs et de fin de vie, y compris la gestion de la douleur, les soins de soutien et le soutien spirituel.

2.5 Amélioration de la qualité d'une vie plus longue et en meilleure santé

À la fois pendant les périodes de risques importants pour la santé et les périodes de bonne santé résultant de la réussite des traitements, les personnes vivant avec le VIH/sida bénéficient d'une attention particulière et de mesures de promotion du bien-être et de la qualité de vie. Le VIH répond, le plus souvent, assez bien au traitement, de sorte qu'il peut être géré de façon chronique.

But no 2 : Renforcer les services de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien pour les personnes vivant au Canada

Stratégies

Mesures à prendre

2.1 Améliorer l'efficacité du traitement

- Élaborer des programmes de traitement complets qui répondent aux besoins de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida et :
 - s'assurer que les personnes qui s'injectent des drogues, les détenus et les autres personnes qui sont marginalisées ont accès aux meilleurs traitements disponibles contre le VIH et à la gestion de la douleur;
 - s'assurer que les personnes vivant avec le VIH/sida qui s'injectent des drogues ont la possibilité de commencer ou de continuer à prendre leurs médicaments (par exemple, le traitement antirétroviral et la méthadone), lorsqu'elles sont incarcérées et pendant la période de transition qui suit leur retour dans la communauté;
 - améliorer les services pour les personnes vivant avec le VIH/sida qui ont une maladie mentale;
 - accroître la compréhension des méthodes traditionnelles de guérison des Autochtones et leur accès;
 - améliorer la capacité de soigner les personnes souffrant de co-infections et de comorbidités, y compris l'hépatite C, le cancer, les maladies du cœur et du foie, l'arthrite, l'ostéoporose, les troubles neurocognitifs et la démence.
- Mener des recherches sur les principaux aspects relatifs au diagnostic, aux soins, au traitement et au soutien pour le VIH, y compris :
 - des stratégies de diagnostic précoce;
 - des stratégies relatives à la résistance aux médicaments;
 - des stratégies visant à minimiser les effets secondaires du traitement;
 - la promotion du bien-être et une réponse aux maladies liées au VIH;
 - de nouveaux schémas thérapeutiques antirétroviraux et immunomodulateurs;
 - des traitements efficaces pour les personnes co-infectées par le VIH/sida et l'hépatite C;
 - des thérapies complémentaires;
 - des stratégies relatives aux dommages causés aux organes (c'est-à-dire, le traitement et la transplantation d'organes);
 - la prévalence de déficiences, de limitations concernant des activités et de restrictions en matière de participation liées au VIH et le rôle de la réadaptation dans l'amélioration de l'état de santé;
 - les besoins en matière de traitement propres à certains groupes de la population (par exemple, les femmes et les personnes âgées).
- Offrir des occasions aux hommes et aux femmes vivant avec le VIH/sida de participer à des essais cliniques, quel que soit le lieu où ils vivent ou sont traités.
- Soutenir les programmes et services de réadaptation pour les personnes vivant avec le VIH/sida et informer les professionnels de ce domaine sur le VIH et leur rôle dans le traitement et le soutien des patients.

2.2 Amélioration de l'accès aux traitements et de l'engagement à l'égard de ceux-ci

- Élaborer des stratégies pour surmonter les problèmes liés à la distance qui sépare les patients et les soins spécialisés.
- Soutenir la recherche sur les thérapies complémentaires et parallèles et informer les personnes vivant avec le VIH/sida et les fournisseurs de soins de santé sur leur sécurité et leur efficacité.
- Élaborer et mettre en œuvre des programmes visant à améliorer l'accès à des

traitements efficaces et appropriés, y compris à des services de réadaptation, pour les personnes ayant des co-infections ou des comorbidités.

- Élargir l'accès à la prophylaxie post-exposition.
- Élaborer des mesures visant à réduire les disparités en matière de traitement dans l'ensemble du pays.
Mener des recherches sur les principaux aspects relatifs au diagnostic, aux soins, au traitement et au soutien pour le VIH/sida.

2.3 Approche axée sur les déterminants sociaux de la santé en ce qui a trait aux soins et au soutien

- Répondre aux besoins en matière de logement, de revenu et d'emploi, ainsi qu'aux autres besoins sanitaires et sociaux, des personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont à risque. Cela exige la participation de tous les ordres de gouvernement, que ce soit à l'échelle des collectivités (pour le logement), des provinces, des territoires ou du pays (pour la sécurité du revenu et la fiscalité) ou des acteurs clés des communautés (pour l'emploi dans le secteur privé).
- Aider les personnes vivant avec le VIH/sida à faire face aux problèmes psychosociaux liés à une maladie de longue durée et potentiellement mortelle.
- Aider les employeurs à créer des occasions de travail qui prennent en compte les besoins connus des personnes vivant avec le VIH/sida, y compris la sécurité du revenu, l'accès aux prestations de santé, des mesures d'adaptation en milieu de travail et les défis liés à la stigmatisation et à la discrimination en milieu de travail.

2.4 Amélioration de l'accès aux soins de longue durée et de fin de vie

- Informer les fournisseurs de soins de santé de longue durée et garantir l'accès à des soins appropriés, adaptés aux différences culturelles et de longue durée pour les personnes vivant avec le VIH/sida.
- Assurer l'accès aux soins à domicile, aux soins de relève, au congé pour raisons familiales, à la gestion de la douleur et des symptômes, aux thérapies non prescrites et aux fournisseurs de soins palliatifs 24 heures par jour, 7 jours par semaine.
Rétablir la capacité de fournir des soins palliatifs aux personnes vivant avec le VIH/sida et informer les fournisseurs de soins de santé sur les avantages et l'importance des soins de palliatifs et de fin de vie de haute qualité.

2.5 Qualité de la vie et bien-être

- Continuer à mettre en œuvre des programmes de prévention positive dirigés par des personnes vivant avec le VIH/sida qui sont conçus pour aider les personnes atteintes d'une maladie infectieuse à gérer les difficultés liées à une vie saine sur le plan sexuel et pour promouvoir la qualité de la vie et le bien-être.

But n° 3 : Améliorer la capacité de réduire les inégalités sociales et en matière de santé au Canada

Résultats visés

Les personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque :

- seront au premier plan dans la réponse du Canada au VIH/sida;
- joueront un rôle important dans la recherche, les programmes et les services qui touchent leur vie.

Le public canadien :

- sera informé sur les infections sexuellement transmissibles et les maladies transmissibles par le sang, dont le VIH, et saura comment réduire le risque d'infection;
- sera conscient des répercussions du VIH/sida au Canada et dans le reste du monde;
- comprendra les facteurs qui contribuent à la propagation du VIH;
- soutiendra les programmes et de services pour prévenir l'infection au VIH et de fournir des soins, des traitements et un soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH/sida;
- soutiendront les personnes vivant avec le VIH ou à risque.

Les dirigeants politiques :

- soutiendront la connaissance, la sensibilisation et la cohérence intergouvernementales et intra-gouvernementales complètes dans la réponse au VIH/sida et les questions de santé publique plus générales;
- s'assureront que le VIH/sida demeure une priorité sanitaire et socioéconomique;
- soutiendront les personnes vivant avec le VIH ou à risque.

Les planificateurs et les décideurs locaux, régionaux, provinciaux, territoriaux et fédéraux responsables des politiques de santé :

- élaboreront, mettront en œuvre et soutiendront des politiques et des programmes efficaces en matière de santé;
- travailleront au sein de leur gouvernement pour s'attaquer aux déterminants de la santé qui contribuent à l'infection au VIH;
- s'assureront que les professionnels de la santé sont bien informés et ont la capacité et les outils nécessaires pour fournir des soins, des services et un soutien pour le VIH, le sida, les co-infections et les comorbidités;
- soutiendront les personnes vivant avec le VIH ou à risque.

Les organisations communautaires fournissant des services liés au VIH/sida :

- élaboreront et maintiendront les compétences, les connaissances, les ressources et la capacité nécessaires pour répondre aux besoins actuels et émergents;

- seront au premier plan de l'élaboration de modèles innovants de services, partageant les meilleures pratiques ou des pratiques judicieuses fondées sur des données probantes qui s'attaquent aux causes profondes de l'infection au VIH et à d'autres maladies; fourniront des services qui répondent aux besoins des personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont à risque, et ce, à tous les stades de leur vie;
- s'efforceront d'établir et de maintenir des partenariats avec d'autres organismes et fournisseurs de services communautaires, afin de répondre aux besoins complexes des personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont à risque.

Les fournisseurs de soins de santé :

- posséderont les connaissances, les compétences et les ressources nécessaires pour fournir des soins et des services liés au VIH/sida qui soient de haute qualité et fondés sur des données probantes;
- comprendront la diversité des cultures, des croyances et des attitudes des populations touchées par le VIH/sida et fourniront des soins et des services sans stigmatisation et appropriés sur le plan de la langue, de l'âge, du sexe et de la culture;
- comprendront l'interdépendance entre le VIH, le sida et les autres infections sexuellement transmissibles, maladies transmises par le sang et comorbidités, et fourniront une prévention, un traitement, des soins et des services efficaces.

Les chercheurs et les organismes de recherche :

- feront participer à la recherche les personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont à risque, les fournisseurs de services et les décideurs des politiques;
- apporteront des contributions importantes pour générer des connaissances sur le VIH/sida et des réponses innovantes;
- partageront leurs résultats de façon efficace avec les organisations communautaires, les fournisseurs de soins de santé, la communauté scientifique internationale et les décideurs de santé publique et des politiques pour guider les efforts visant à réduire la transmission du VIH et à améliorer la santé et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida ou qui y sont vulnérables, afin de réduire cette vulnérabilité, d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées et de trouver un remède.

Stratégies et justification

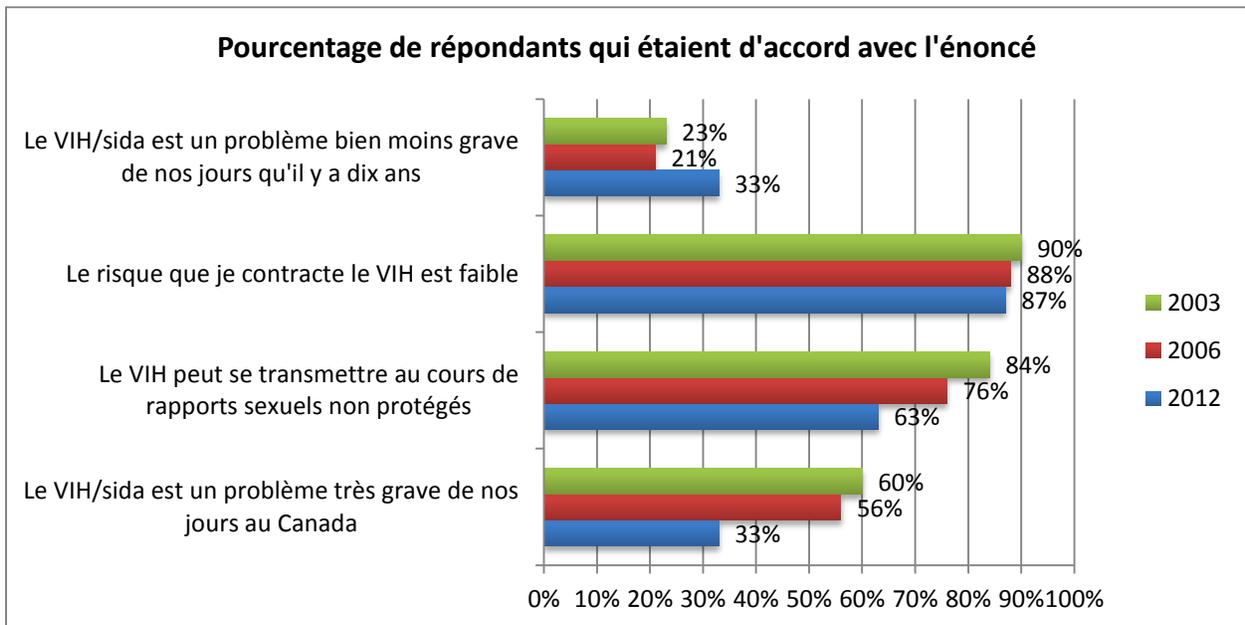
Au premier plan est un plan ambitieux qui va au-delà de la prévention du VIH et des stratégies de traitement traditionnelles et qui prend des mesures pour réduire les inégalités sociales, la stigmatisation et la discrimination qui menacent la santé et le bien-être des personnes. Pour atteindre ces objectifs, il est important que le Canada dispose des personnes, des ressources et des structures nécessaires pour adopter une approche axée sur les déterminants de la santé et la justice sociale relativement au VIH/sida. Cela implique la prise de conscience et le soutien du public canadien, le maintien du financement à un niveau qui permettra l'entretien et l'amélioration des programmes et des services, la recherche et les connaissances nécessaires pour orienter le travail, ainsi que la capacité de surveiller et d'évaluer les programmes afin qu'ils aient une incidence plus importante.

3.1 Participation significative des personnes vivant avec le VIH ou qui sont à risque

La participation significative des personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont à risque est importante pour mettre fin à l'épidémie. Dès le début, les personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont à risque ont joué un rôle essentiel dans l'établissement de programmes et de services communautaires, l'élaboration de politiques provinciales, territoriales et fédérales, et la promotion de la recherche et des traitements.

3.2 Sensibilisation et soutien du public

En 2003, 2006 et 2012, le Sondage de suivi sur les attitudes touchant le VIH/sida a permis d'obtenir des résultats sur la sensibilisation, les attitudes, les connaissances et les comportements liés au VIH/sida chez les personnes vivant au Canada. Les résultats du sondage de 2012 indiquent que les connaissances sur le VIH/sida et la sensibilisation connexe au Canada sont en déclin⁶³. Lorsqu'on a demandé aux répondants de citer des moyens de transmission du VIH, 63 % ont été en mesure de désigner les rapports sexuels non protégés, soit une baisse par rapport au taux le plus élevé de 84 % en 2003. En 2012, 33 % des répondants ont déclaré que le VIH/sida était un problème très grave au Canada à ce moment-là, soit une baisse par rapport au taux de 60 % en 2003.⁶⁴ Au cours de chaque cycle d'études, à peu près le même nombre de personnes (quatre Canadiens sur dix) connaissent ou ont connu quelqu'un qui vit avec le VIH/sida, et l'attitude envers les personnes vivant avec le VIH/sida est généralement compatissante et en amélioration. La stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH sont en déclin. Cependant, la stigmatisation à l'égard du VIH/sida en tant que maladie est toujours importante pour la majorité des Canadiens. Sur l'ensemble des répondants, 69 % pensent que la stigmatisation empêche les personnes atteintes de parler de leur infection, 38 % estiment que la stigmatisation est un obstacle au dépistage du VIH, et 55 % sont d'avis que les personnes vivant avec le VIH/sida sont victimes de discrimination dans le cadre du logement, des soins de santé ou de l'emploi.



La plupart des Canadiens (91 %) affirment qu'ils soutiendraient un ami vivant avec le VIH/sida et 81 % seraient à l'aise pour travailler avec une personne infectée. Toutefois, un peu plus de la moitié des répondants indiquent qu'ils seraient mal à l'aise si un ami proche ou un membre de leur famille fréquentait quelqu'un vivant avec le VIH/sida. Ces pourcentages sont restés en grande partie inchangés ou se sont quelque peu améliorés par rapport à ceux de 2006. La plupart des Canadiens (86 %) pensent que les personnes vivant avec le VIH/sida ont la responsabilité de protéger les autres personnes. En plus des préoccupations liées à la stigmatisation associée au VIH en tant qu'infection, un grand nombre de répondants a également indiqué que la stigmatisation est une conséquence de l'association d'idées entre l'infection par le VIH et l'appartenance à certaines populations ou certains comportements. Lorsqu'on leur a demandé de citer des facteurs importants de peur et d'inconfort chez eux lorsqu'ils sont confrontés à la présence de VIH/sida, 60 % des répondants ont indiqué l'association d'idées avec les relations sexuelles occasionnelles ou la promiscuité, 56 % ont désigné l'association d'idées avec l'utilisation de drogues injectables et 55 % ont évoqué l'association d'idées avec les relations sexuelles homosexuelles.

Le fait d'assurer l'accès du public à une éducation et à des renseignements crédibles et fondés sur des données probantes constitue une mesure qui permet de rehausser la sensibilisation, les connaissances, la compréhension et le soutien du public dans le cadre des efforts de réponse au VIH et au sida au Canada.

Au cours des dernières années, les affaires judiciaires impliquant des questions de divulgation de la séropositivité ont haussé le niveau de sensibilisation du public canadien au VIH. En janvier 2012, plus de 130 personnes vivant avec le VIH au Canada ont fait l'objet de poursuites criminelles. Au Canada, dans certains cas, les personnes qui ne divulguent pas leur séropositivité à un partenaire sexuel peuvent être accusées d'une infraction pénale, y compris d'agression, d'agression sexuelle, d'agression sexuelle grave ou de meurtre.

En octobre 2012, la Cour suprême du Canada a déterminé qu'il existe un risque sérieux de préjudice corporel lorsqu'il y a une possibilité réaliste de transmission du VIH. Selon la Cour, la divulgation n'est probablement pas nécessaire dans les cas où un préservatif est utilisé et lorsque la charge virale d'un agresseur présumé est presque indétectable. La décision de la Cour a fourni des orientations claires sur la possibilité de ne pas divulguer son état de santé dans des conditions précises. La décision a permis de clarifier pour les professionnels de la santé leurs obligations légales en matière de conseils aux patients et de tenue des dossiers médicaux. À la suite de la décision de la Cour suprême, certains experts continuent de craindre que l'application du droit pénal en cas de non-divulgation du VIH (y compris les communiqués de presse de la police concernant des noms et des photos d'accusés et la couverture médiatique souvent à sensation des poursuites) puisse influencer sur le comportement du public envers les personnes vivant avec le VIH, ce qui peut avoir une incidence sur le dépistage, l'encadrement et le traitement.

3.3 Leadership et soutien politique au sein des systèmes de santé

Dans tous les ordres de gouvernement et les services de santé, le leadership politique est essentiel pour atteindre des objectifs communs et les résultats souhaités concernant le VIH, le sida et les questions de santé publique plus générales.

Les champions politiques peuvent aider à faire en sorte que le VIH reste un enjeu important de santé publique. Le niveau de soutien politique aux efforts visant à mettre fin à l'épidémie peut se traduire par l'expression des questions liées au VIH, le montant des fonds alloués aux programmes et aux services de lutte contre le VIH/sida, l'exploration des répercussions sur la santé publique, la cohérence des politiques publiques et la volonté de travailler en étroite collaboration avec d'autres systèmes (par exemple, le logement, le soutien du revenu, les services correctionnels et l'emploi), et ce, afin de répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont à risque.

Récemment, un certain nombre de compétences, assistées d'un effort mondial, ont décidé d'intégrer les réponses au VIH aux réponses à la tuberculose, aux autres infections transmises sexuellement, aux hépatites virales et aux autres pathogènes à diffusion hémato-gène. Au fil du temps, il sera important de surveiller cette évolution afin de s'assurer que les nouveaux programmes contribuent aux engagements en matière de lutte contre le VIH/sida.

Le gouvernement du Canada continue d'appuyer une approche à long terme pour lutter contre le VIH et le sida qui cible les causes profondes qui rendent les personnes vulnérables à l'infection. [...] Plus nous comprenons les causes profondes qui mettent les personnes en danger, mieux nous pourrions adapter nos approches de prévention pour répondre à leurs besoins particuliers.

- L'honorable Leona Aglukkaq, ministre fédérale de la Santé, lors de la XVIII^e Conférence internationale sur le sida à Vienne, en 2010.

Dans le cadre de la lutte contre le VIH et les maladies liées au VIH, le soutien à la recherche et aux outils médicaux, ainsi que les investissements continus connexes, a entraîné de plus grands avantages pour un large éventail d'autres maladies et problèmes de santé et peut y contribuer. Des progrès sont en cours en ce qui a trait au diagnostic et au dépistage des infections au moyen de la technologie de biologie moléculaire, en effectuant des diagnostics rapides, en traitant des cancers, l'ostéoporose et des dysfonctionnements immunitaires, en étudiant les processus cellulaires qui affectent la longévité, ainsi que de nombreuses autres contributions. Un soutien continu à la recherche et au développement, ainsi que les investissements connexes, est essentiel pour veiller à ce que l'expertise technique canadienne contribue aux progrès nationaux et internationaux en matière de prévention, de diagnostic, de traitement, de soins et de soutien.

3.4 Organisations communautaires plus fortes

Le Canada possède un vaste réseau d'organisations communautaires de lutte contre le VIH/sida et d'unités de santé publique impliquées dans la promotion, la sensibilisation, l'élaboration de politiques et des programmes, la prévention, le soutien et la recherche. Les organisations communautaires et les autres organisations travaillant en première ligne constituent un lien vital entre les personnes touchées par le VIH/sida et les systèmes de prestation de soins de santé et les gouvernements. Lors de l'apparition du VIH/sida, les organisations communautaires étaient en mesure de réagir plus rapidement que les gouvernements et ont créé les premiers services de soins palliatifs pour le sida. Beaucoup de ces services initiaux font désormais partie intégrante des services de soins de santé et reçoivent des fonds publics importants.

Les organisations efficaces ont la capacité de répondre aux nouveaux besoins des personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont à risque. Conformément à une approche axée sur les déterminants de la santé, il importe que les organisations communautaires investissent leur temps et leur énergie dans l'établissement de bonnes relations de travail (par exemple, avec les services de santé mentale, les services de traitement de la toxicomanie, les programmes de logement, les programmes de revenu, les banques alimentaires et les services juridiques). Cela implique l'innovation et la volonté de réévaluer les meilleures façons de coordonner les services et de répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH/sida (par exemple, des programmes propres à la lutte contre le VIH, des programmes plus intégrés qui répondent à un éventail d'enjeux, comme le VIH et l'hépatite C ou le VIH et la toxicomanie).

En matière de droits de la personne, les organisations communautaires ont apporté d'importantes contributions à la compréhension du VIH et des questions juridiques et politiques connexes, ainsi qu'à la formulation de ce qu'une approche fondée sur les droits de la personne implique, à la fois dans les réponses nationales et les réponses internationales. Sans l'implication de la communauté, les progrès réalisés dans tous les aspects relatifs au traitement, aux soins, au soutien, à la prévention et à la recherche communautaire concernant le VIH ne seraient pas aussi importants qu'ils le sont aujourd'hui. Sa participation continue est essentielle.

À l'avenir, la collaboration continue avec les organisations communautaires et au sein de celles-ci peut servir à optimiser les ressources, à maintenir et à renforcer les capacités, ainsi qu'à promouvoir l'échange de connaissances et de renseignements qui permettront d'élaborer des approches fondées sur des données probantes pour répondre à des questions actuelles et nouvelles liées au VIH/sida au Canada.

3.5 Fournisseurs de soins de santé qualifiés et compétents

Le Canada a besoin de plus de professionnels de la santé désireux de travailler avec des personnes vivant avec le VIH/sida, en particulier dans les zones rurales et éloignées, et de professionnels qui peuvent fournir des services adaptés sur le plan de la culture et accessibles du point de vue de la langue aux populations à risque, comme les Autochtones, les personnes provenant de pays où le VIH est endémique et les personnes souffrant ou ayant souffert de toxicomanie.

La majorité des soins médicaux liés au VIH est assurée par un petit nombre de médecins. Par exemple, en Ontario, en 2008, environ 40 médecins ont prescrit des tests de charge virale à environ 10 000 personnes vivant avec le VIH/sida et leur nombre de cas variait de 100 à plus de 800 patients⁶⁵. En raison des besoins complexes des personnes vivant avec le VIH/sida, cette tendance devrait se poursuivre. Il est difficile pour les professionnels qui ne voient qu'un petit nombre de personnes vivant avec le VIH/sida de rester à jour. Cette situation est particulièrement préoccupante pour les professionnels travaillant dans les petites collectivités, où ils n'ont pas facilement accès à des spécialistes pour leur fournir des renseignements et des conseils. Le défi attirera de nouveaux médecins souhaitant se spécialiser dans les soins liés au VIH pour remplacer le nombre croissant de médecins qui devraient prendre leur retraite au cours des cinq à dix prochaines années et assurer l'accès à leurs services.

3.6 Nouvelles connaissances

Le Canada a développé une expertise considérable en matière de recherche sur le VIH et a apporté des contributions majeures aux efforts mondiaux et nationaux visant à comprendre et à enrayer le VIH, y compris la découverte de la lamivudine (3TC)⁶⁶, la mise en place d'inhibiteurs de la protéase efficaces dans les combinaisons antirétrovirales, de nouvelles connaissances sur l'immunologie du VIH acquises par les personnes qui ont étudié le commerce du sexe en Afrique, d'importants travaux sur la résistance aux médicaments, des contributions à la recherche internationale de vaccins en vue d'obtenir un remède contre le VIH, des études pour déterminer les facteurs comportementaux qui contribuent à la propagation du VIH/sida dans les différentes populations, ainsi que l'évaluation des initiatives de prévention chez les personnes qui s'injectent des drogues.

Des chercheurs canadiens sont à la pointe de la recherche concernant le traitement en tant qu'outil de prévention et participent activement à la recherche fondamentale, clinique, épidémiologique et psychosociale ou comportementale liée au VIH et à la surveillance, au suivi et à l'évaluation. Les spécialistes en sciences sociales étudient les obstacles structurels et les inégalités sociales qui mettent les personnes en danger ou compromettent leurs soins, comme l'accès à un logement sûr, stable et abordable, la stigmatisation et la discrimination, le chômage et un revenu sûr, la pauvreté et le statut d'immigrant. Le Canada est également un chef de file dans la recherche communautaire, ce qui pousse directement les personnes vivant avec le VIH/sida et les organismes communautaires à déterminer des questions de recherche, à mener des recherches et à utiliser les résultats de recherches pour améliorer les services.

Afin de maintenir et d'améliorer cette capacité de recherche, il est nécessaire d'attirer de nouveaux chercheurs, de définir les rôles et les priorités en matière de recherche, et de continuer à soutenir une recherche rigoureuse sur les questions émergentes liées au VIH/sida.

But no 3 : Améliorer la capacité de réduire les inégalités sociales et en matière de santé au Canada

<i>Stratégies</i>	<i>Mesures à prendre</i>
3.1 Participation significative des personnes vivant avec le VIH	<ul style="list-style-type: none">• Continuer à appuyer la participation active et significative des personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont à risque dans l'ensemble des recherches, des programmes et des services qui touchent leur vie.• Continuer à offrir des programmes de renforcement des capacités pour aider les personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont à risque à acquérir les compétences nécessaires pour jouer un rôle significatif dans la planification, la prestation et l'évaluation de recherches, de programmes et de services liés au VIH.• Améliorer les possibilités de bénévolat et d'emploi pour les personnes vivant avec le VIH ou qui sont à risque.
3.2 Sensibilisation et soutien du public	<ul style="list-style-type: none">• Identifier des dirigeants influents à tous les niveaux parmi les personnes vivant avec le VIH/sida, les communautés à risque, les collectivités locales et dans tous les ordres de gouvernement, qui prendront la parole et sensibiliseront le public au VIH/sida et à ses répercussions.• Élaborer des stratégies de communication continues et des messages clés pour le public, les responsables politiques et les médias au sujet des répercussions du VIH/sida, de l'épidémie continue au Canada et dans le monde, et de l'importance d'un soutien continu.• Améliorer l'utilisation efficace et stratégique des médias à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et locale pour sensibiliser le public et corriger les idées fausses sur le VIH/sida.• Répondre immédiatement aux renseignements négatifs ou inexacts sur le VIH/sida, les personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont à risque ou les facteurs qui affectent leur santé.
3.3 Leadership et soutien politique	<ul style="list-style-type: none">• Surveiller les coûts sociaux et économiques de la lutte contre le VIH/sida, et utiliser cette information pour rechercher des collaborations et allouer des fonds là où ils seront le plus efficaces et obtiendront des résultats.• Identifier, soutenir et reconnaître les champions.• Promouvoir des services qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé et des inégalités sociales qui contribuent à la propagation du VIH, y compris des services spécialisés dans le revenu suffisant, les logements abordables, les maladies mentales et la toxicomanie.• Encourager le dialogue entre les compétences sur les objectifs communs et la façon de les atteindre.
3.4 Organisations communautaires plus fortes	<ul style="list-style-type: none">• Mettre en œuvre et évaluer des modèles organisationnels innovants et durables qui ont le potentiel pour répondre aux besoins complexes et sociaux en matière de santé des communautés à risque et des personnes vivant avec le VIH/sida, et ce, à partir du diagnostic et jusqu'à la fin de leur vie.• Établir de bonnes relations de travail entre les organisations de services liés au sida et d'autres organismes qui partagent la responsabilité de servir les personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont à risque.• Mettre au point, évaluer et partager des interventions efficaces.• Mettre en œuvre des stratégies pour attirer, former et conserver du personnel, des

pairs et des bénévoles qualifiés.

3.5 Fournisseurs de soins de santé qualifiés et compétents

- Intégrer l'éducation sur le VIH/sida, y compris l'importance d'avoir des services sans stigmatisation, dans la formation et les programmes de formation continue pour tous les professionnels de la santé et des services sociaux.
- Faire progresser l'éducation, le soutien, le mentorat et d'autres programmes novateurs pour attirer et conserver le nombre et l'expertise appropriés de professionnels de la santé spécialisés dans le diagnostic, les soins, le traitement et le soutien relatifs au VIH.
- Explorer la possibilité d'utiliser la technologie pour relier les fournisseurs de soins primaires, en particulier ceux des petites collectivités, aux spécialistes des maladies infectieuses.
- Élaborer des modèles de partage des soins qui permettront d'étudier la possibilité d'une approche en équipe interprofessionnelle (par exemple, les infirmières praticiennes, les médecins de premier recours, les spécialistes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les conseillers d'orientation, les conseillers, les nutritionnistes et les services communautaires), afin de répondre aux besoins complexes des clients et de soutenir les praticiens exerçant seuls.
- Étudier et développer la possibilité pour les infirmières et les infirmières praticiennes de fournir plus de soins liés au VIH.

3.6 Nouvelles connaissances

- Continuer à soutenir les recherches sur le VIH au Canada et à l'étranger.
- Encourager la collaboration entre les chercheurs et les organismes de financement de la recherche à l'échelle nationale et internationale pour atteindre des objectifs communs.
- Continuer à attirer et à encadrer les jeunes chercheurs.
- Investir dans les jeunes chercheurs et les chercheurs aguerris pour qu'ils restent au Canada et travaillent sur le VIH et dans des domaines connexes.
- Renforcer la capacité d'évaluer les interventions.
- Élaborer de nouvelles stratégies d'échange des connaissances pour s'assurer que les résultats des recherches sont partagés et que les nouvelles connaissances sont intégrées à la pratique.

But n° 4 : Participer activement aux efforts mondiaux

Résultats visés

- Les Canadiens sont conscients de l'épidémie mondiale de VIH/sida et soutiennent les efforts du Canada visant à l'enrayer.
- Le Canada travaille avec ses partenaires pour concrétiser les engagements internationaux, notamment avec la *Déclaration politique sur le VIH/sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida*⁶⁷ de 2011.
- Le Canada se sert des leçons apprises auprès d'autres pays pour renforcer la réponse nationale au VIH.
- Le Canada contribue aux efforts mondiaux de lutte contre le VIH/sida en fournissant un soutien technique et des conseils.
- Le Canada contribue aux efforts mondiaux de recherche visant à mettre fin à l'épidémie.

Stratégies et justification

À la fin de 2011, 34 millions de personnes dans le monde vivaient avec le VIH, et on comptait 2,5 millions de nouvelles infections chez les adultes et les enfants et 1,7 million de décès liés au sida selon le Rapport 2012 de l'ONUSIDA publié à l'occasion de la Journée mondiale du sida⁶⁸. Plus de 95 % des infections au VIH surviennent dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 69 % des personnes vivant avec le VIH se trouvent en Afrique subsaharienne, et dans cette région, 58 % des personnes infectées sont des femmes. Dans ces pays, des facteurs tels que la pauvreté, la stigmatisation, l'inégalité des sexes et d'autres formes de discrimination et de marginalisation alimentent l'épidémie. La situation est compliquée par le fait que l'épidémie aggrave la pauvreté, ce qui coûte déjà aux pays pauvres des ressources financières et humaines. Dans de nombreux pays, les taux élevés de mortalité dont les causes sont liées au sida les incitent à continuer à chercher un appui pour renforcer les systèmes de santé, accélérer l'accès aux traitements antirétroviraux et à d'autres médicaments abordables, sûrs et efficaces, ainsi que garantir un accès amélioré et équitable à des services de qualité en matière de prévention, de diagnostic, de traitement, de soins et de soutien.

Depuis 2002, l'épidémie s'est stabilisée avec 2,5 millions de nouvelles personnes infectées par le VIH, ce qui représente une réduction de 20 % par rapport à 2001 et 1,7 million de décès liés au sida, soit une baisse de 24 % par rapport à 2005. En 2011, les nouvelles infections chez les enfants étaient 43 % et 24 % moins nombreuses que celles de 2003 et de 2009, respectivement. Le nombre de personnes ayant accès au traitement du VIH a augmenté de 63 % entre 2009 et 2011. Entre 2001 et 2011, les décès dus au sida liés à la tuberculose ont diminué de 25 % à l'échelle mondiale. En outre, entre 2009 et 2011, il y a eu une augmentation de 45 % des personnes vivant avec une co-infection à la tuberculose et au VIH qui ont accédé à un traitement.

Malgré ces progrès, il reste des lacunes importantes dans la couverture du traitement de populations précises qui sont mal desservies en matière d'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et

de soutien, y compris les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les travailleurs du sexe, les femmes et les enfants. Même si 14,8 millions de personnes vivant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont admissibles au traitement, seulement 8 millions en suivent un : seulement 47 % des adultes et 23 % des enfants reçoivent un traitement antirétroviral. Le sujet de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse accuse un retard dans les efforts internationaux de lutte contre le VIH. La couverture des femmes enceintes recevant les schémas thérapeutiques antirétroviraux les plus efficaces pour prévenir la transmission verticale (à l'exception de la dose unique de névirapine) a été estimée à 48 % en 2010. Ce résultat se situe en deçà de l'objectif de couverture fixé à 90 % dans le *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*⁶⁹.

Malgré les efforts déployés, d'importantes questions relatives aux droits de la personne affectent la réponse mondiale au VIH/sida. La discrimination, l'homophobie et la violence sociétale contre les femmes, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les populations transgenres, les personnes ayant une variance de genre, les populations migrantes, les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues et d'autres groupes de population marginalisés créent des situations qui alimentent l'épidémie et remettent en question les efforts visant à fournir des services de prévention, de traitement et de soins. Par exemple, on estime que sur les 34 millions de personnes vivant avec le VIH à l'échelle mondiale, environ la moitié ne connaît pas sa sérologie VIH. Dans certains pays, les taux de dépistage sont faibles et beaucoup de personnes sont diagnostiquées tardivement dans l'évolution de la maladie. Dans d'autres cas, des systèmes de santé faibles constituent un obstacle à l'amélioration des programmes de traitement. Toutefois, cela n'est pas valable pour tous les pays à faibles ressources, car certains sont tout à fait capables d'améliorer le dépistage⁷⁰. Les efforts visant à soutenir le respect, la promotion et la protection des droits de la personne sont essentiels pour inverser l'évolution du VIH. Un soutien continu au renforcement des capacités des communautés locales des personnes les plus touchées par le VIH, afin d'atténuer les répercussions du VIH/sida et de permettre la prestation de services nécessaires à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien, est essentiel pour atteindre les objectifs mondiaux et voir un jour un monde sans VIH/sida.

Le fait de renforcer les liens entre les réponses nationales et mondiales peut permettre d'étendre la portée des contributions apportées par des chercheurs, les décideurs des politiques, les organisations non gouvernementales, les experts techniques, les acteurs de la communauté, les membres des médias et autres acteurs canadiens, ainsi que d'améliorer la façon dont les contributions d'autrui orientent la réponse du Canada. Une meilleure coordination ou cohérence des réponses et des efforts accrus pour renforcer et partager les connaissances sur des pratiques prometteuses et des approches fondées sur des données probantes peuvent servir à orienter les réponses nationales, régionales et mondiales. Les virus ne connaissent pas de frontières. En tant que nation, il est avantageux pour le Canada que les autres pays soient en bonne santé.

4.1 Croissance de la sensibilisation des Canadiens et des mesures prises

Le Canada a contribué de façon importante à la promotion des droits de la personne sur la scène mondiale et est signataire de nombreux instruments et engagements internationaux visant à faire respecter, à promouvoir et à protéger les droits de la personne, à réduire la stigmatisation et la discrimination, ainsi

qu'à promouvoir l'égalité des sexes, la santé sexuelle et reproductive, et les droits de l'enfant et des populations marginalisées.

En tant qu'État partie dans le cadre du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, le Canada s'est engagé à « agir, tant par son effort propre que par l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique, au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'assurer [...] des droits reconnus dans le présent Pacte par tous les moyens appropriés »⁷¹. Les contributions du Canada à la reconnaissance des instruments internationaux de politique peuvent contribuer à accroître la sensibilisation et à mettre en place des mesures pour les droits de la personne et les déterminants socioéconomiques de la santé, qui peuvent avoir à la fois une influence et un impact sur les réponses du secteur de la santé au VIH et au sida⁷².

Par exemple, le Canada a joué un rôle de premier plan dans la sensibilisation aux droits de la personne et la lutte contre l'homophobie et soutient les efforts visant à dépenaliser l'homosexualité, ainsi qu'à mettre fin à la violence envers les personnes en raison de leur sexualité. Les Canadiens travaillent avec d'autres pays pour promouvoir et protéger les droits de la personne de tous les citoyens, y compris en ce qui a trait à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre.

En renforçant la coordination, la coopération et la collaboration du Canada avec d'autres pays, les institutions internationales, les organisations non gouvernementales, les institutions, les acteurs multilatéraux et internationaux, le secteur privé et les personnes vivant avec le VIH/sida dans d'autres pays, son soutien et son expertise contribuent à sensibiliser aux enjeux et aux répercussions du VIH et du sida, à mettre en place une série d'interventions pour que tout un chacun puisse mener une vie saine et productive, ainsi qu'à les aider à faire valoir leurs droits à avoir la meilleure santé physique, sexuelle et mentale possible.

4.2 Respect des engagements à l'échelle mondiale

Dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement, la collectivité mondiale s'est engagée d'ici 2015 à enrayer et à inverser la progression de l'infection au VIH afin de parvenir à un accès universel au traitement du VIH/sida pour toutes les personnes qui en ont besoin.

Dans le contexte mondial actuel, on reconnaît que le progrès et l'atteinte des objectifs peuvent être obtenus par un nouveau sens de la responsabilité partagée, tout en veillant à ce que les principes de l'appropriation nationale, de la responsabilité mutuelle et de la durabilité étayent la future réponse mondiale au VIH/sida. En tant qu'instrument, la *Déclaration politique sur le VIH/sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida*⁷³ de 2011 a été adoptée à l'unanimité par les États membres, dont le Canada, à l'Assemblée générale de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur le VIH/sida. La *Déclaration politique* constitue un engagement à l'échelle mondiale, qui inclut de nouveaux objectifs, s'appuie sur la dynamique de la réponse au VIH/sida et peut servir à orienter les efforts du Canada dans le cadre de la réponse mondiale.

Dans le cadre de l'atteinte des objectifs énoncés dans la *Déclaration politique*, les Canadiens apportent des contributions importantes à l'échelle mondiale, avec une attention particulière sur l'élimination des nouveaux cas d'infection par le VIH chez les enfants, en veillant à l'accès au traitement, en réduisant la transmission sexuelle du VIH, et en s'investissant dans la recherche et le développement d'un vaccin. Par exemple, la prévention de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant représente un élément important des efforts du Canada pour sauver la vie des mères et des enfants, qui se reflètent dans sa contribution à l'*Initiative de Muskoka sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants*⁷⁴ du G8. En outre, en tant que coprésident de la *Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant des Nations Unies*, le Canada a appuyé l'inclusion de l'un des onze indicateurs en tant que « prophylaxie antirétrovirale parmi les femmes enceintes séropositives pour le VIH afin de prévenir la transmission verticale du VIH, et thérapie antirétrovirale pour les femmes qui sont admissibles au traitement ».

Le maintien et le rehaussement des réussites dans le domaine de l'accès au traitement nécessiteront de déployer tous les efforts pour réduire le coût des médicaments et en accroître leur accès. Au cours de la dernière décennie, les prix ont grandement diminué⁷⁵, notamment une baisse constante dans les pays africains. Par exemple, le Mozambique a enregistré une diminution de 45 % dans les coûts des antirétroviraux de 2009 à 2011. À l'heure actuelle, le Canada prend part à bon nombre de négociations d'accords commerciaux dont les répercussions probables sur les questions sociales et de santé (p. ex. brevets, coût des médicaments) ont soulevé des préoccupations pour certains groupes. Du travail reste à faire pour que les mécanismes de financement nouveaux et innovants soutiennent des médicaments de qualité et des technologies dans le domaine de la santé.

Le gouvernement du Canada participe à un certain nombre d'initiatives visant à accroître l'accès au traitement antirétroviral contre le VIH dans les pays en développement, y compris le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Le Canada continue d'appuyer les efforts visant à accroître la sensibilisation et le soutien communautaires par rapport au dépistage, à la prévention, et au traitement du VIH/sida et des efforts, comme l'*Agenda pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles, de l'égalité des sexes et du VIH* de 2010, qui visent à éliminer les inégalités

En 2011, les pays ont assemblé en but d'examiner les progrès accomplis dans la réalisation de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida et la déclaration politique d'engagement sur le VIH / sida des sessions extraordinaires des Nations Unies Assemblée générale de 2001 et 2006 sur le VIH/sida (SEAGNU), en vue de guider et d'intensifier la riposte mondiale au VIH/sida. En juin 2011, Canada par assemblage des autres États membres à adopter la déclaration de politique de 2011 : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH / sida, notant les cibles suivantes pour guider la réponse d'ici à 2015 (résolution NU 65/277):

- Réduire la transmission sexuelle du VIH de 50 pour cent d'ici à 2015
- Réduire la transmission du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues de 50 pour cent d'ici à 2015
- Éliminer la transmission mère-enfant du VIH d'ici à 2015 et réduire considérablement la mortalité maternelle liée au sida
- Avoir 15 millions de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral d'ici à 2015
- Réduire la mortalité de la tuberculose en PHA de 50 pour cent d'ici à 2015 rib
- Atteindre un niveau significatif des dépenses mondiales annuelles dans les pays à revenu faible et intermédiaire
- Renforcer les synergies avec les secteurs de développement (droits de l'homme, égalité des sexes, l'éducation, la pauvreté)
- Éliminer les inégalités entre les sexes et violence fondée sur le sexe et la violence et accroître la capacité des femmes et des filles à se protéger du VIH
- Éliminer les systèmes parallèles pour les services liés au VIH à renforcer l'intégration de la riposte au sida en santé mondiale et les efforts de développement

entre les sexes, les abus et la violence fondés sur le genre, ainsi qu'à accroître la capacité des femmes et des filles à se protéger du VIH.

4.3 Application par le Canada des leçons apprises auprès d'autres pays pour renforcer la réponse nationale au VIH

Il est important de renforcer les liens entre les réponses nationales et les réponses mondiales. Au Canada, les chercheurs, des décideurs des politiques, les acteurs de la communauté, les membres des médias et les autres acteurs ont beaucoup à apporter à l'effort mondial (et à en tirer des leçons) qui peut apporter une orientation et être adapté et adopté dans un contexte national, ainsi que permettre d'obtenir des résultats pour les Canadiens.

Les organisations non gouvernementales canadiennes, et en particulier celles qui sont ethnospécifiques, ont des liens étroits avec des organisations situées dans des pays à revenu faible et intermédiaire. Grâce à des programmes de jumelage, des stages et des échanges éducatifs, de précieuses leçons sont apprises sur la réponse au VIH dans les milieux urbains et ruraux d'autres pays. Bien que le Canada soit en général un pays à faible prévalence, dans certaines régions et communautés, les taux d'infection sont comparables à ceux de l'Afrique subsaharienne. Les leçons tirées de la réponse dans les pays à forte prévalence, ainsi que dans les zones rurales et isolées d'autres pays, peuvent être directement pertinentes pour le Canada.

La contribution et la participation du Canada à divers organismes multilatéraux (par exemple, l'Organisation mondiale de la Santé, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance) donnent également lieu à l'échange de programmes efficaces, d'information et d'expertise qui peuvent être appliquées au Canada.

4.4 Soutien technique et conseils à l'égard des efforts mondiaux dans la lutte contre le VIH/sida

À l'échelle mondiale, il existe un besoin reconnu d'améliorer les efforts en matière de prévention, d'augmenter le taux de rétention des patients subissant un traitement du VIH, de rendre les traitements de deuxième et troisième ligne plus abordables, et d'étudier de nouvelles façons d'élargir et de maintenir l'accès à la prévention et au traitement. Les efforts déployés par les Canadiens incluent : améliorer la capacité et les outils en gestion de programme, produire des médicaments de qualité et efficaces, la recherche biomédicale, s'attaquer à résistance aux médicaments et élaborer de nouveaux outils de diagnostic et des outils de diagnostic efficaces.

Grâce un soutien technique, les Canadiens travaillent avec des pays en développement, des organisations nationales de la société civile, des organisations multilatérales et des institutions universitaires du monde entier, afin d'appuyer les efforts nationaux visant à lutter contre l'épidémie. Les Canadiens travaillent activement avec les pays à revenu faible et intermédiaire du monde entier, en les aidant à renforcer leur capacité locale à lutter contre l'épidémie, à fournir des soins, à évaluer les programmes, à mener des essais cliniques sur de nouvelles technologies de prévention, et à surveiller la propagation de la maladie.

Les Canadiens contribuent de façon importante à l'échange, au soutien et à l'aide techniques au moyen d'une série de disciplines précises, comme, sans toutefois s'y limiter, l'égalité des sexes, l'épidémiologie, des modèles mathématiques et de surveillance, les sciences de laboratoire, les diagnostics, le renforcement des communautés et de leurs capacités, la recherche et le développement vers un vaccin et de nouvelles technologies de prévention, ainsi que le suivi et l'évaluation.

4.5 Efforts de recherche mondiaux visant à mettre fin à l'épidémie

Les chercheurs canadiens sont à l'avant-garde de la découverte. Ils travaillent à réduire le nombre d'infections et à améliorer la santé des personnes infectées au Canada et dans le monde entier. Les Canadiens cherchent activement des moyens de renforcer les connaissances sur les causes profondes de la vulnérabilité et de la résilience au VIH et investissent dans la recherche et des pratiques novatrices dans le domaine des sciences biomédicales, comportementales, sociales et opérationnelles, afin de trouver des réponses prometteuses et efficaces.

Les chercheurs spécialisés dans le VIH et issus de l'ensemble des disciplines et des domaines de recherche existants recherchent des moyens d'élargir les connaissances collectives sur le VIH, sa progression et ses répercussions, et d'augmenter les efforts qui peuvent être fournis pour réduire la propagation de la maladie. Ils poursuivent également des stratégies à long terme telles que la découverte de nouveaux outils de diagnostic, des vaccins sûrs et efficaces, ainsi qu'un remède contre le VIH. Plus précisément, le Canada contribue de façon importante à l'effort mondial pour trouver un vaccin sûr, efficace et abordable dans le cadre de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH et en appuyant des programmes favorisant la participation et les partenariats avec des institutions mondiales et l'expertise locale, afin de renforcer la capacité des pays à revenu faible et intermédiaire.

Les investissements canadiens dans la science et la recherche peuvent aider à augmenter la capacité de recherche et l'expertise technique au Canada. Ces investissements peuvent permettre au Canada de continuer à contribuer aux efforts internationaux visant à mettre fin à l'épidémie.

But no 4 : Participer activement aux efforts mondiaux

Stratégies

Mesures à prendre

4.1 *Accroissement de la sensibilisation des Canadiens et des mesures prises*

- Accroître et maintenir la sensibilisation du public concernant l'épidémie mondiale de VIH et la contribution du Canada à la réponse mondiale.
- Faire un usage efficace de la Journée mondiale du sida pour attirer l'attention sur l'épidémie mondiale et les contributions du Canada.
- Profiter des événements du calendrier, y compris les jours de reconnaissance des droits de la personne, les campagnes de lutte contre la tuberculose et d'autres initiatives, afin de sensibiliser le public au recoupement entre des questions qui ont trait au VIH et au sida, ainsi que de promouvoir les mesures communautaires dans le cadre de la réponse.
- Utiliser les médias sociaux pour maintenir l'intérêt du public tout au long de l'année.
- Encourager les efforts de sensibilisation et de contribution à la réalisation des engagements internationaux au Canada et à l'étranger (par exemple, la Recommandation n° 200 de l'Organisation internationale du Travail : Recommandation concernant le VIH et le sida et le monde du travail, les Directives internationales sur le VIH/sida et sur les droits de la personne, et la Convention relative aux droits des personnes handicapées).
- Appuyer, renforcer et autonomiser les organisations et les réseaux travaillant dans les pays à revenu faible et intermédiaire pour faire face à l'épidémie du VIH.

4.2 *Respect des engagements*

- Continuer de respecter les engagements et la part de financement au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
- Appuyer, renforcer et autonomiser les organisations et les réseaux qui travaillent en vue de lutter contre l'épidémie du VIH dans les pays en développement.
- Appuyer les efforts mondiaux visant à atteindre l'objectif 6 du Millénaire pour le développement qui est de combattre le VIH/sida et les objectifs relatifs à la santé.
- Soutenir les efforts mondiaux visant à éliminer la transmission verticale.
- Soutenir les initiatives visant à accroître l'accès au traitement antirétroviral contre le VIH dans les pays en développement.
- Soutenir les pays partenaires en développement à renforcer leurs systèmes de santé pour répondre à l'épidémie de VIH/sida.
- Travailler en vue d'atteindre l'objectif officiel d'aide au développement de 0,7 % du revenu national brut.
- Participer à des approches coordonnées et nouer des partenariats avec tous les ordres de gouvernements, la société civile, les donateurs, les organisations multilatérales et le secteur privé.
- Renforcer, respecter, protéger, promouvoir et faire respecter les accords sur les droits de la personne.
- Encourager des mesures visant à protéger et à promouvoir la santé mondiale par rapport au VIH/sida dans la politique étrangère du Canada (y compris, les accords commerciaux internationaux et les accords sur les investissements).
- Rechercher des mécanismes de financement innovants pour la santé, comme ceux faisant actuellement l'objet d'une étude par d'autres pays à revenu élevé, dont l'Union européenne et les États-Unis.
- Appuyer le travail du Rapporteur spécial des Nations Unies, ainsi que d'autres mécanismes internationaux qui contribuent à faire valoir le droit de jouir du

meilleur état de santé physique, sexuel et mental possible.

- Soutenir les efforts mondiaux visant à éliminer la discrimination et l'homophobie liées au VIH/sida et à respecter, à protéger et à faire valoir les droits des personnes vivant avec le VIH/sida, ainsi que ceux des individus et des groupes vulnérables à la discrimination et à la marginalisation.
- Soutenir les efforts mondiaux visant à réduire la discrimination et la violence fondées sur le sexe, à promouvoir l'égalité des sexes, ainsi qu'à promouvoir et à protéger la santé et les droits relatifs au sexe et à la reproduction.
- S'assurer que les efforts du Canada visant à promouvoir l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien contribuent de façon importante aux efforts mondiaux, comme l'amélioration de l'accès à des produits pharmaceutiques abordables et efficaces, y compris, sans toutefois s'y limiter, les possibilités de traitement contre le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies.

4.3 Application des leçons apprises auprès d'autres pays pour renforcer la réponse nationale

- Soutenir et promouvoir les partenariats entre le Canada et d'autres pays, y compris les organisations internationales, les organisations non gouvernementales et d'autres groupes de la société civile, afin d'améliorer l'échange de connaissances et l'apprentissage, et ce, pour renforcer la réponse du Canada au VIH.

4.4 Soutien technique et conseils à l'égard des efforts mondiaux dans la lutte contre le VIH/sida

- Faire un usage stratégique de l'expertise canadienne dans le cadre des efforts mondiaux visant à faire face à l'épidémie qui soit orienté par les priorités des pays nécessitant une aide.
- Promouvoir les partenariats entre le Canada et les autres pays, les organisations et les institutions mondiales, ainsi que les groupes de la société civile pour partager les pratiques exemplaires et prometteuses.
- Soutenir l'échange technique, renforcer les capacités et financer les partenariats réussis en matière de développement de produits avec des organisations mondiales et une expertise locale.
- Chercher des moyens d'accroître les efforts de collaboration, afin de maximiser les ressources et l'échange de connaissances, ainsi que de renforcer les capacités dans les secteurs de la santé et des services sociaux dans le cadre de la réponse au VIH et au sida.
- Renforcer la capacité dans les avancées biomédicales, la gestion de programme et les technologies de la santé.

4.5 Efforts de recherche mondiaux visant à mettre fin à l'épidémie

- Continuer de financer et de participer aux efforts mondiaux de recherche visant à développer des traitements, des technologies, des vaccins, des microbicides, des stratégies de prévention et un remède contre le VIH/sida, et en particulier, la nouvelle Alliance de recherche et de développement de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH. Se conformer aux lignes directrices internationales pour mener des recherches sur la santé.
- Continuer à renforcer et d'accroître les capacités de recherche en santé à l'échelle mondiale au Canada et dans les pays en développement.
- Améliorer à l'échelle mondiale la capacité en matière de surveillance, de contrôle, de suivi et d'évaluation pour créer une base de données permettant d'élaborer des réponses de haute qualité en matière de traitement et de prévention.
- Soutenir les efforts fournis dans le cadre de la science fondamentale et de la science de laboratoire en vue de créer de nouveaux outils (par exemple, pour les diagnostics) et d'orienter les possibilités de traitement et de prévention.

Conclusion

L'action contre le sida a remarquablement réussi à transformer une demande considérable de politiques participatives et de programmes fondés sur les droits et sur les faits en réalisations concrètes mesurées à l'aune du nombre de vies sauvées et de la dignité retrouvée des patients. [...] On constate donc que l'optimisme va grandissant, ce qui laisse penser que des progrès peuvent être accomplis dans ces deux domaines interdépendants, surtout s'ils sont traités conjointement. - Michel Sidibé, directeur exécutif, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2009.

En juin 2001, l'Organisation des Nations Unies a encouragé tous les pays du monde à travailler ensemble pour lutter contre le VIH/sida. Le Canada est l'un des 189 pays qui ont adopté la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida de 2001*. En renouvelant son engagement en 2006, le Canada a accepté de renforcer les programmes liés au VIH à l'échelle nationale et de contribuer aux efforts mondiaux de lutte contre le VIH/sida. En 2011, le Canada a approuvé la *Déclaration politique sur le VIH/sida* et ses nouveaux objectifs. Ce nouvel engagement encourage les acteurs nationaux et internationaux à concevoir des approches novatrices, afin d'atteindre des objectifs précis qui répondent à la nature évolutive de l'épidémie mondiale de VIH.

Au premier plan constitue une étape importante dans l'accomplissement de cette promesse, et ce, des façons suivantes :

- en décrivant une vision audacieuse pour le Canada en tant que nation pour la gestion de l'épidémie de VIH;
- en définissant une approche optimiste, globale et fondée sur les forces pour lutter contre le VIH/sida, qui soit axée sur les questions sanitaires et sociales sous-jacentes qui mettent les personnes en danger face au VIH/sida et à d'autres problèmes de santé;
- en encourageant toutes les personnes impliquées au Canada dans la lutte contre le VIH/sida à travailler ensemble pour élaborer une réponse plus efficace et coordonnée qui permettra d'éradiquer le virus et de sauver des vies.

Acronymes

ACB	Populations africaines, caribéennes et de race noire
ADI	Aide au développement international
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CCAPP	Comité champion Au premier plan
GAMT	Groupe pour l'accès mondial aux traitements
HAART	Traitement antirétroviral hautement actif
ITS	Infections transmissibles sexuellement
LBGT	Lesbien, bisexuel, gai et transgenre
LTEB	Comité de rédaction d'Au premier plan
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUDC	Office de Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PVVIH/SIDA	Personne vivant avec le VIH/sida
SCC	Service correctionnel du Canada
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience
TB	Tuberculose
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Références

- 1 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) (Décembre 2010). 'Getting to Zero: UNAIDS Strategy 2011-2015.'
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101221_JC2034E_UNAIDS-Strategy_en.pdf
- 2 El-Bassel, N, Gilbert L, Golder S et al. (2004). Deconstructing the Relationship Between Intimate Partner Violence and Sexual HIV Risk Among Drug-Involved Men and Their Female Partners. *AIDS and Behaviour*. Vol. 8 No. 4.
- 3 Agence de la santé publique du Canada. (2011). Coup d'œil - Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre, 2011 <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2011/dec/index-fra.php>
- 4 Agence de la santé publique du Canada. (2011). Coup d'œil - Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre, 2011 <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2011/dec/index-fra.php>
- 5 Palella Jr FJ, Baker R, Moorman AC, Chmeil J, Wood K, Holmberg SD, and the HOPS Investigators. (2006). Mortality and Morbidity in the HAART Era: Changing Causes of Death and Disease in the HIV Outpatient Study. *JAIDS*:43(1)27-34.
- 6 AIDS Bureau. (2003). AIDS in Ontario 2002. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.
- 7 Harrigan PR et al. (2005) Predictors of HIV Drug Resistance Mutations in a Large Drug-Naïve Cohort Initiating Triple Antiretroviral Therapy. *J Infect Dis*;191(3):339-47.
- 8 Mill, J. et al (2009). Accessing Health Services While Living with HIV: Intersections of Stigma. *Canadian Journal of Nursing Research*. Vol. 41 (No. 3): 168-185
- 9 Roth K. (2000). Human Rights and the AIDS Crisis: The Debate Over Resources. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review*. Vol. 5, No 4: 93-98.; de Bruyn T. (1998). HIV/AIDS and Discrimination: A Discussion Paper. *Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society*. 1998.
- 10 Jürgens R. (2004). Does incarceration result in HIV treatment interruptions? *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review* 2004; Vol. 9, No 2: 49-50, with reference to T Kerr, A Marshall, J Walsh, A Palepu, MW Tyndall, RS Hogg, J Montaner, E Wood. (2004). Determinants of highly active antiretroviral discontinuation among injection drug users. *Canadian Journal of Infectious Diseases* 2004; 15 (Suppl A): 86A (abstract 458P)
- 11 Raphael D. (2009) in *Social Determinants of Health* (2nd Edition).
- 12 Kingston JoAnn. (2011). The Economic Cost of HIV/AIDS in Canada. <http://www.cdnaids.ca/economic>
- 13 Lima VD, Hogg RS, Montaner JSG. (2010). Expanding HAART Treatment to All Currently Eligible Individuals under the 2008 IAS-USA Guidelines in British Columbia. *PLoS one*.
- 14 International AIDS Society. (2012). *Nature Reviews Immunology* 12, 607-614| doi:10.1038/nri3262, accessed <http://www.nature.com/nri/journal/v12/n8/full/nri3262.html>
- 15 HPTN 052 - Division of AIDS/U.S. National Institute of Allergy and Infectious Diseases/U.S. National Institutes of Health. HPTN 052 is conducted in collaboration with the AIDS Clinical Trials Group..
<http://www.hptn.org/web%20documents/IndexDocs/PR052AddedBenefitsEB26Jul12.pdf>
- 16 Margo E. Pearce et al.. (2008) The Cedar Project: Historical trauma, sexual abuse and HIV risk among young Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities. *Social Science and Medicine*. Vol.66. 2185-2194.

-
- 17 Wyatt GE et al. (2002). Does a History of Trauma Contribute to HIV Risk for women of color? Implications for prevention and policy. *American Journal of Public Health*, 92 (4), pp. 660-5.; Wyatt GE et al.(2002) Women of Color? Implications for Prevention and Policy. *American Journal of Public Health*. Vol. 92 No. 4
- 18 Cameron, Hon. Justice Edwin Cameron, "Criminalization of HIV transmission: poor public health policy" *HIV/AIDS Policy & Law Review* 2010; 14(2): 1, 63-75.
- 19 http://www.icad-cisd.com/index.php?option=com_jotloader&view=categories&cid=1_24e5772f76a37bdfb5a278069bed9b91&Itemid=260&lang=en
- 20 Courtenay-Quirk et al. (2006). Is HIV/AIDS stigma dividing the gay community? Perceptions of HIV-positive men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 18, 56-67; Ciesla, JA. (2002). "Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders," *Amer J Psychiatry*, 158, 725-30 (2001); Cohen, M. et al., "Prevalence of distress in persons living with HIV," *Psychosomatics* (2002) 43, 10-5
- 21 Emler, CA. (2007) Experiences of stigma in older adults living with HIV/AIDS: a mixed-methods analysis. *AIDS Patient Care & STDs*, 21, 740-752.
- 22 Gardezi et al. (2008). Experiences of and responses to HIV among African and Caribbean Communities in Toronto, Canada. *AIDS Care*, 20, 718-725.
- 23 Murphy, D. A. et al. (2006). Correlates of HIV-related stigma among HIV-positive mothers and their uninfected adolescent children. *Women & Health*, 44, 19-42.
- 24 ONUSIDA. (2001) Déclaration politique sur le VIH/sida <http://www.unaids.org/en/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2001declarationofcommitmentonhivaids>
- 25 ONUSIDA. (2011) Déclaration politique sur le VIH/sida. <http://www.unaids.org/en/targetsandcommitments>
- 26 Agence de la santé publique du Canada. (2011). Coup d'œil - Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre, 2011 <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2011/dec/index-fra.php>
- 27 Stall R, Friedman M, Catania JA. Interacting epidemics and gay men's health: a theory of syndemic production among urban gay men. Wolitski RJ, Stall R, Valdiserri RO, editors. *Unequal opportunity: health disparities affecting gay and bisexual men in the United States*. New York: Oxford University Press 2008. 251-74
- 28 Agence de la santé publique du Canada. (2013) Rapports d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes: Hommes gais, bisexuels, bispirituels et ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Ottawa: Programs and Partnerships Division, Centre for Communicable Diseases and Infection Control <http://www.catie.ca/fr/ressources/rapport-detape-vihsida-les-populations-distinctes-hommes-gais-bisexuels-bispirituels>
- 29 Agence de la santé publique du Canada. (2011). Coup d'œil - Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre, 2011 <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2011/dec/index-fra.php>
- 30 DeBeck, et al. (2009). Canada's new federal 'National Anti-Drug Strategy': An informal audit of reported funding allocation. *International Journal of Drug Policy*, 20, 188-191.; Remis R. Modelling the Incidence and Prevalence of Hepatitis C Infection and its Sequelae in Canada. (2007).

-
- 31 Canadian HIV/AIDS Legal Network (2006) “Legislating on health and human rights: Model law on drug use and HIV/AIDS Module 7: Stigma and discrimination”, Toronto. Available at: <http://library.catie.ca/PDF/P36/23734.pdf>
- 32 Broadhead RS, Heckathorn DD, Altice FL, et al. (2002). Increasing drug users' adherence to HIV treatment: results of a peer-driven intervention feasibility study. *Soc Sci Med*. Vol 55 No 2 Pp 235-46.; Wood E et al.(2003) Prevalence and correlates of untreated human immunodeficiency virus type 1 infection among persons who have died in the era of modern antiretroviral therapy. *Journal of Infectious Diseases* 2003; 188: 1164-1170.; James D. (2007) supra
- 33 Wood E, Tyndall MW, Zhang R, et al. (2006). Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *New England Journal of Medicine*. 354(23):2512-2514; Wood E, Tyndall MW, Zhang R, et al. (2007). Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*. 102(6): 916-919.
- 34 Agence de la santé publique du Canada. (2011). Coup d’œil - Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre, 2011 <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2011/dec/index-fra.php>
- 35 Agence de la santé publique du Canada. (2010). Agence de la santé publique du Canada. Sommaire : Estimations de la prévalence et de l’incidence du VIH au Canada, 2008. Ottawa : ASPC, 2009:1-3. <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2010/dec/index-fra.php>
- 36 Agence de la santé publique du Canada. (2011). Coup d’œil - Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre, 2011 <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2011/dec/index-fra.php>
- 37 Canadian Aboriginal AIDS Network. (2009). Aboriginal Strategy on HIV/AIDS in Canada II: for First Nations, Inuit and Métis Peoples from 2009 to 2014. http://www.pasan.org/Toolkits/Aboriginal_Strategy_on_HIV-AIDS_in_Canada.pdf
- 38 NationsUnies. (March 2008). la Déclaration sur les droits des peuples autochtones:07-58681. <http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/fr/drip.html> and <http://www.bing.com/search?q=Declaration+on+the+Rights+of+Indigenous+Peoples&src=IE-SearchBox&Form=IE8SRC>
- 39 Le Canada utilise ce terme «pays où le VIH est endémique », un terme épidémiologique, qui fait référence à la situation de pays ou de populations ayant une prévalence adulte du VIH (15 à 49 ans) qui est 1% ou plus de la population et ayant un de la suite : 50% ou plus de case de VIH attribués à la voie prédominante de transmission du VIH est le contact hétérosexuel; dont le rapport hommes-femmes est de 2:1 ou moins; ou la prévalence du VIH est de 2% ou plus chez les femmes recevant des soins prénataux.
- 40 Agence de la santé publique du Canada. (2011). Coup d’œil - Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre, 2011 <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2011/dec/index-fra.php>
- 41 Agence de la santé publique du Canada. (2011). Coup d’œil - Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre, 2011 <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2011/dec/index-fra.php>
- 42 Calzavara L, Ramuscak H, Burchell A et al. (2007). Prevalence of HIV and Hepatitis C infections among inmates of Ontario remand facilities. *CMAJ* July 31; 177(3); Poulin C et al. (2007). Prevalence of HIV and Hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons. *CMAJ* July 31; 177(3).
- 43 Correctional Service Canada. (2010) Accessed <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/health/phs-eng.shtml>
- 44 Betteridge G and Dias G. (2007). Hard Time: HIV and Hepatitis C Prevention Programming for Prisoners in Canada. Canadian HIV/AIDS Legal Network & Prisoners’ HIV/AIDS Support Action Network.

-
- 45 Par exemple, e.g., un partenaire qui est infecté, utilise des drogues injectables ou est bisexuel
- 46 Agence de la santé publique du Canada. (2011). Coup d'œil - Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre, 20 <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2011/dec/index-fra.php>
- 47 Csete J. (2004). Not as simple as ABC: Making real progress on women's rights and AIDS. Human Rights Watch. July 9, 2004.
- 48 Marshall BD, Wood E, Shoveller JA, Patterson TL, Montaner JS, & Kerr T (2011). Pathways to HIV risk and vulnerability among lesbian, gay, bisexual, and transgendered methamphetamine users: a multi-cohort gender-based analysis. *BMC Public Health*. 2011 Jan 7;11:20. doi: 10.1186/1471-2458-11-20
- 49 Logie, James, Tharao, & Loutfy (2012). "We don't exist": a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *J Int AIDS Soc*. 2012 Sep 7;15(2):17392. doi: 10.7448/IAS.15.2.17392
- 50 Cedar Project Partnership et al. (2008). The Cedar Project: Historical Trauma, sexual abuse and HIV Risk among young Aboriginal People who use injection and non-Injection drugs in two Canadian cities. *Social Science and Medicine*, 66(2008), pp. 2185-2194.
- 51 Agence de la santé publique du Canada. (2011). Coup d'œil - Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre, 2011 <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2011/dec/index-fra.php> Chapitre 8 Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones. Ottawa, ON, Canada.
- 52 Statistics Canada. 2006. Canada Sensus: <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/index-eng.cfm>
- 53 Agence de la santé publique du Canada. (2011). Coup d'œil - Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre, 2011 <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2011/dec/index-fra.php>
- 54 Stoltz, L. Shap. (1999). HIV Testing and Pregnancy: Medical and Legal Parameters of the Policy Debate. Ottawa. Health Canada. Available via www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/testing.htm
- 55 Agence de la santé publique du Canada. (2011). Coup d'œil - Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre, 2011 <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2011/dec/index-fra.php>
- 56 Agence de la santé publique du Canada. (2011). Coup d'œil - Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre, 2011 <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2011/dec/index-fra.php>
- 57 par suite de la décision d'octobre 2012 de la Cour suprême au sujet de l'application de la loi criminelle et la divulgation de la séropositivité (voir la section 3.2)
- 58 Agence de la santé publique du Canada. (2011). Coup d'œil - Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre, 20 <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2011/dec/index-fra.php>
- 59 Wood E, Kerr T, Spittal PM, et al. (2003). An external evaluation of a peer-run "unsanctioned" syringe exchange program. *J Urban Health*. Vol 80 No 3 455-64.
- 60 Malta Met al. (2008). Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency syndrome among drug users: a systematic review. *Addiction*, 103, 1242-1257

-
- 61 Kerr T, Marshall A, Walsh J, Palepu A, Tyndall MW, Hogg RS, Montaner J, Wood E. (2004). Determinants of highly active antiretroviral discontinuation among injection drug users. *Canadian Journal of Infectious Diseases* 2004; 15 (Suppl A): 86A (abstract 458P).
- 62 La Corporation Félix Hubert d'Hérelle. Rapport annuel d'activité. 2009-2010.
- 63 EKOS Research Associates. (2012) Sondage de suivi de 2012 sur les attitudes touchant le VIH/sida
- 64 Fondation canadienne de recherche sur le sida et l'institut de recherche en santé du Canada, centre en recherche sociale pour la prévention du VIH. (2012). Sondage de suivi. www.srchiv.ca/NationalSurvey
- 65 Ontario HIV Treatment Network. (2010). A Review of the Utilization of Antiretrovirals for the Treatment of HIV-1 Infection in Ontario – 2007 and 2008.
- 66 3TC - inhibiteur 'nucleoside reverse transcriptase' effectif en combinaison avec le zidovudine dans le traitement du sida et le VIH
- 67 ONUSIDA. (2011) UNAIDS political declaration. <http://www.unaids.org/en/targetsandcommitments>
- 68 ONUSIDA Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012; (Novembre, 2012).
http://www.unaids.org/fr/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_FactSheet_Global_fr.pdf
- 69 ONUSIDA (2011)
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_IC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_Fr.pdf
- 70 ONUSIDA. (2008) Epidemiological Fact Sheets.
- 71 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1976):Part II, Article II.1.
- 72 par exemple, la Recommandation no 200 de l'Organisation internationale du Travail : Recommandation concernant le VIH et le sida et le monde du travail, les Directives internationales sur le VIH/sida et sur les droits de la personne, la Convention relative aux droits des personnes handicapées et la Déclaration sur les droits des peuples autochtones
- 73 ONUSIDA. 2011. Déclaration politique de 2011 : Objectifs et engagements d'élimination
<http://www.unaids.org/fr/targetsandcommitments>
- 74 L'Initiative de Muskoka sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants du G8 (2010). Gouvernement du Canada.
<http://www.acdi-cida.gc.ca/acdi-cida/acdi-cida.nsf/fra/FRA-119133138-PQT>
- 75 ONUSIDA (2012)
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf