

**Rapport du gouvernement du Canada
au Secrétaire général des Nations Unies sur la
Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de la
Session extraordinaire de l'Assemblée générale des
Nations Unies sur le VIH/sida**

Janvier 2003 – décembre 2005

Table des matières

I.	Coup d'oeil sur la situation	page 4
II.	Vue d'ensemble de l'épidémie de sida	page 5
III.	Réponses nationales à l'épidémie de sida	page 6
IV.	Principaux défis à relever et mesures à prendre pour réaliser les buts et objectifs de l'UNGASS	page 10
V.	Soutien requis de la part des partenaires du pays en matière de développement	page 15
VI.	Environnement de surveillance et d'évaluation	page 16
VII.	Dépenses	page 17
ANNEXE 1	Mécanisme de consultation et de préparation du rapport national sur la surveillance du suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida	page 18
ANNEXE 2	Indice composite des politiques nationales Partie A Partie B	page 19 page 35
ANNEXE 3	Indicateurs des comportements et de l'impact du programme national	page 68

Avant-propos

Le Canada est heureux de présenter au secrétaire général de l'ONU son troisième rapport sur la Déclaration d'engagement issue de la Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS). Depuis le rapport de 2003, des progrès importants ont été réalisés grâce au lancement d'*Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)*. Ce plan d'intervention à l'échelle du Canada identifie une approche consolidée sur tous les fronts, y compris auprès des gouvernements, des collectivités, des chercheurs, des particuliers et d'autres personnes concernées par la réponse du Canada au VIH/sida. Le Canada a également lancé l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* (ci-après l'*Initiative fédérale*) et a augmenté les fonds fédéraux consacrés chaque année à la lutte contre le VIH/sida. Ces fonds sont donc passés de 42,2 millions de dollars par année à 84,4 millions de dollars par année d'ici 2008-2009. Ce sont les provinces et territoires qui sont responsables de la prestation des soins de santé au Canada. Ces provinces et territoires ont donc grandement contribué à la réponse au VIH/sida en finançant les services médicaux et en mettant en place des stratégies de lutte contre le VIH/sida. Grâce à la Déclaration, le Canada a pu compter sur un outil important pour élaborer ces approches, et il sera heureux de travailler avec ONUSIDA au cours de l'année qui suit afin de continuer à mettre en œuvre la Déclaration sur le plan national.

Bien que ce rapport porte principalement sur la réponse nationale, il est important de noter que le Canada s'est engagé à contribuer aux efforts mondiaux en vue de réaliser les engagements de l'UNGASS par l'entremise de ses programmes d'aide au développement, de ses contributions aux initiatives mondiales et de l'appui qu'il fournit à l'élaboration de politiques dans le cadre de forums mondiaux. En 2004-2005, l'Agence canadienne de développement international a versé 234 millions de dollars à la réponse mondiale, ce qui témoigne de l'engagement du Canada à l'égard de cette crise internationale.

La réponse canadienne repose sur les partenariats créés entre tous les ordres de gouvernement et avec les organisations non gouvernementales, les groupes communautaires, les personnes qui vivent avec le VIH/sida et qui sont à risque de contracter la maladie, les chercheurs et les scientifiques. Les organisations communautaires non gouvernementales jouent un rôle de premier plan dans la réponse canadienne au VIH/sida depuis le tout début de l'épidémie, et elles continuent de guider cette réponse. Partout au pays, les gens se sont rassemblés et se sont organisés pour se protéger, s'informer, s'appuyer et s'aider entre eux et pour aider les autres membres du groupe dont ils font partie. C'est le cas des collectivités autochtones, des gais et de lesbiennes, des groupes de femmes, des organismes de services sociaux, etc. Plusieurs ont même élargi leurs efforts au-delà de leur propre groupe pour appuyer les efforts d'autres groupes. Des réseaux se sont créés et les initiatives de collaboration concrète sont de plus en plus fréquentes. L'approche du Canada est axée sur les droits de la personne et les déterminants de la santé et elle cherche à éliminer et à surmonter les stigmates et

la discrimination auxquels font face ceux qui vivent avec le VIH/sida et ceux qui sont à risque.

En s'appuyant sur ses réalisations aux niveaux national et international, le Canada s'apprête à tenir la XVI^e Conférence internationale sur le sida à Toronto en 2006 et la 17^e Conférence internationale sur la réduction des préjudices associés aux drogues (*Conference on the Reduction of Drug Related Harm*) à Vancouver. Il s'agira de la troisième conférence internationale sur le sida tenue par le Canada, et ce sera l'occasion pour tous les pays participants de partager leur expérience en matière de réponse au VIH/sida et de mieux s'informer sur la réponse formulée au niveau mondial.

I. Coup d'œil sur la situation

Vue d'ensemble de l'épidémie de sida

Nombre approximatif de Canadiens vivant avec le VIH en 2002 : 56 000

Nombre approximatif de Canadiens qui sont décédés du sida jusqu'en 2002 : 13 000

Groupes les plus à risque : les hommes homosexuels, les utilisateurs de drogues injectables, les Autochtones, les détenus, les femmes, les personnes provenant de pays où le VIH est endémique et les jeunes

Réponses stratégiques

Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)

consiste en un plan d'intervention à l'échelle nationale en matière de VIH/sida qui a été élaboré et mis en œuvre sous forme de processus multilatéral. Ce plan prévoit la participation de tous les secteurs à la réponse du Canada en matière de VIH/sida, y compris les gouvernements, les collectivités, les chercheurs et les particuliers, et il présente les mesures d'intervention spécifiques et les cibles visées pour faire face à l'épidémie.

L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada (janvier 2005) fait suite à la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et met l'accent sur cinq secteurs prioritaires au niveau fédéral : les programmes et politiques; le développement du savoir; les communications et le marketing social; la coordination, la planification l'évaluation et l'établissement; la collaboration internationale. Cette priorité nationale est appuyée par une hausse du financement fédéral, qui passera de 42,2 millions par année à 84,4 millions par année d'ici 2008-2009.

Outre ces orientations nationales, la plupart des provinces et des territoires ont adopté ou renouvelé leurs stratégies sur le VIH/sida, que ce soit dans le cadre d'une approche intégrée sur les pathogènes transmissibles par le sang ou les infections transmissibles sexuellement ou que ce soit dans le cadre d'approches unilatérales.

II. Vue d'ensemble de l'épidémie de sida

En 2002, on estimait que 13 000 Canadiens étaient décédés du sida et que 56 000 Canadiens étaient infectés par le VIH. Sur les personnes infectées, on estimait que 17 000 ne savaient pas qu'elles étaient infectées et que de 2800 à 5300 nouveaux cas d'infection étaient survenus en 2002 malgré les efforts de prévention.

Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes demeurent le groupe le plus affecté par le VIH/sida puisqu'il représente environ 58 % de toutes les infections à VIH. Il est suivi des utilisateurs de drogues injectables, qui représentent environ 20 % des infections. Les Autochtones (Premières nations, Inuit et Métis) représentent un pourcentage exceptionnellement élevé des cas d'infection à VIH puisqu'ils ne forment que 3,3 % de la population totale du Canada mais qu'ils représentent de 5 à 8 % de toutes les infections prévalentes. Les femmes représentaient environ 23 % des nouvelles infections en 2002, les contacts hétérosexuels et l'utilisation de drogues injectables constituant les deux principaux facteurs de risque d'infection à VIH pour les femmes. Des taux d'infection disproportionnés (de 7 à 10 % des infections prévalentes en 2002) ont aussi été constatés chez les personnes vivant au Canada mais provenant de pays où le VIH est endémique – principalement des pays de l'Afrique subsaharienne et des Caraïbes – puisque ces personnes ne représentaient qu'environ 1,5 % de la population totale du Canada¹.

Le fardeau de l'épidémie au Canada est concentré dans quatre provinces – l'Ontario, le Québec, la Colombie-Britannique et l'Alberta – lesquelles provinces ont signalé 95 % de tous les tests séropositifs signalés pour le VIH depuis 1985.

¹ Santé Canada, *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2002*. Relevé des maladies transmissibles au Canada, vol. 29, n° 3, décembre 2003.

III. Réponses nationales à l'épidémie de sida

Le Canada répond à l'épidémie sur les plans national et international. Cette réponse requiert la participation de tous les ordres de gouvernement, des collectivités et des secteurs scientifique et médical. Elle requiert également la coordination des efforts menés dans les provinces et territoires et des efforts menés par les divers intervenants au niveau fédéral.

La réponse pancanadienne

Le Canada est une fédération et les responsabilités en matière de santé sont partagées entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires. Les provinces et territoires fournissent les soins de santé et les services hospitaliers à la majorité de la population, tandis que le gouvernement du Canada est chargé d'assurer la disponibilité et l'accessibilité des services de santé pour les peuples des Premières nations vivant dans les réserves et pour les Inuit du Nord du Canada, les détenus et les membres des forces armées. En partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, le gouvernement du Canada élabore des politiques en matière de santé, finance le système de santé, adopte des règlements en matière de santé et fait la promotion de la prévention des maladies et d'une vie saine. Le partage de ces responsabilités entre les gouvernements signifie que la coordination est requise entre les ordres de gouvernement pour assurer une réponse plus cohérente, plus efficace et plus complète en matière de VIH/sida au Canada.

Depuis le rapport de 2003, des progrès importants ont été réalisés quant à la définition de la réponse pancanadienne au VIH/sida grâce à la publication du document intitulé *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)*. Ce document a été préparé après la tenue d'une consultation à grande échelle à laquelle ont participé des intervenants de différentes régions du Canada, dont des groupes communautaires, des personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont à risque de le contracter, des fournisseurs de soins de santé, des chercheurs et des gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada. Il recommande une action consolidée sur tous les fronts et présente les mesures et cibles spécifiques qui serviront à réaliser sa vision globale, soit mettre fin à l'épidémie. On travaille actuellement à la création d'un organisme multisectoriel qui parrainera l'utilisation élargie de ce document, qui renforcera l'engagement pris et qui surveillera son utilisation.

La réponse fédérale

En janvier 2005, le gouvernement du Canada a lancé l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* et a augmenté les fonds fédéraux consacrés chaque année à la lutte contre le VIH/sida. Ces fonds sont donc passés de 42,2 millions de dollars par année à 84,4 millions de dollars par année d'ici 2008-2009. L'*Initiative fédérale* constitue un partenariat entre quatre ministères et organismes du gouvernement fédéral : l'Agence de santé publique du Canada, Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et le Service correctionnel du Canada. L'*Initiative fédérale* vise les objectifs suivants :

- prévenir l'acquisition et la transmission de nouvelles infections;
- ralentir la progression de la maladie et améliorer la qualité de la vie;
- réduire l'impact social et économique du VIH/sida;
- contribuer à l'effort mondial visant à freiner la propagation du VIH et à atténuer l'impact des maladies.

L'*Initiative fédérale* repose sur l'ancienne *Stratégie canadienne sur le VIH/sida* (1998-2004) et souligne l'importance des partenariats et de l'engagement avec différents intervenants des gouvernements, la société civile, les fournisseurs de soins de santé, les chercheurs et ceux qui vivent avec le VIH ou qui sont à risque de la contracter. Cette approche repose sur les droits de la personne et les déterminants de la santé. Dans le cadre de sa stratégie, l'*Initiative fédérale* élaborera des approches spécifiques aux groupes suivants de la population : les personnes qui vivent avec le VIH/sida, les hommes homosexuels, les utilisateurs de drogues injectables, les Autochtones, les détenus sous responsabilité fédérale, les jeunes, les femmes à risque de contracter le VIH et les personnes provenant de pays où le VIH est endémique. Ces approches spécifiques s'appliqueront aux politiques et programmes influant sur la vie des personnes des groupes désignés, tout en accordant une attention particulière aux approches intégrées qui touchent plus d'un groupe (par exemple, les femmes et les personnes vivant avec le VIH/sida) et aux questions qui touchent plusieurs groupes. En particulier, l'orientation stratégique d'intégration de l'*Initiative fédérale* stipule que les programmes porteront sur les barrières relatives aux services aux personnes qui vivent avec de multiples infections et avec des troubles qui ont un impact sur leur santé ou qui sont vulnérables à ces infections et à ces troubles.

La réponse mondiale

Le Canada a versé plus de 600 millions de dollars à l'effort mondial de lutte contre le VIH/sida depuis 2000. L'Énoncé de politique internationale du Canada identifie la santé, y compris le VIH/sida, comme étant l'une des principales priorités pour l'aide officielle au développement, l'égalité entre les sexes étant une question de portée générale dans toutes les politiques et tous les programmes de l'Agence canadienne de développement international (ACDI). Le ministère des Affaires étrangères du Canada a élaboré une stratégie visant à tenir compte efficacement des dimensions stratégiques étrangères du VIH/sida, y compris de questions telles que la sécurité humaine, les droits de la personne, la défense multilatérale et bilatérale des droits, les lignes directrices en milieu de travail et les urgences humanitaires complexes. L'ACDI travaille actuellement à la préparation d'un document d'orientation stratégique pour la santé, y compris pour le VIH/sida, qui repose sur le Plan d'action de l'ACDI en matière de lutte contre le VIH/sida (2000-2005).

Une contribution supplémentaire de 250 millions de dollars pour 2006-2007 au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a été annoncée en septembre 2005, ce qui porte l'engagement total du Canada au Fonds mondial à 550 millions de dollars. De plus, le Canada a versé d'importantes contributions à l'ONUSIDA, à l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 »

de l'OMS, à l'Initiative internationale pour un vaccin contre le sida, au Partenariat international pour des microbicides, au Fonds des Nations Unies pour la population (pour assurer des liens solides avec la santé sexuelle et reproductive et l'accès aux préservatifs et d'autres appareils de santé reproductive), et à un certain nombre d'importants programmes bilatéraux et régionaux en Afrique, en Asie, en Europe de l'Est, en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Les partenariats formés par les ministères et organismes du gouvernement fédéral sont des éléments clés de l'approche du gouvernement du Canada en vue de coordonner les activités associées au VIH/sida et de s'attaquer aux déterminants de la santé.

Réponses des provinces et des territoires

Les provinces et territoires du Canada sont chargés de la prestation des soins de santé. Les traitements sont offerts à la grandeur du Canada, et des programmes ont été mis en place pour faire en sorte que les personnes à faible revenu aient tout de même accès aux antirétroviraux. La plupart des provinces et des territoires ont adopté ou sont à concevoir des stratégies de lutte contre le VIH/sida. Au Québec, en Alberta, en Saskatchewan et dans les Territoires du Nord-Ouest, une approche intégrée sur les pathogènes transmissibles par le sang et sur les infections transmises sexuellement a été adoptée, et cette approche reconnaît que le VIH/sida, l'hépatite C et les infections transmises sexuellement affectent des groupes semblables de la population. Les provinces de la Colombie-Britannique, du Manitoba, de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse, ainsi que les territoires du Nunavut et du Yukon, mettent l'accent sur le VIH/sida. La plupart des provinces et territoires adoptent les principes associés à la santé de la population et au respect des droits de la personne afin de réduire la vulnérabilité et de lutter à long terme contre l'épidémie.

La réponse communautaire

Dès le début de l'épidémie, la société civile canadienne a répondu vigoureusement au défi posé par le VIH/sida. Avec à l'appui du gouvernement et de la société, les organisations communautaires jouent un rôle clé dans la conception et la prestation des services de première ligne, dans l'identification des nouvelles questions stratégiques et dans l'élaboration de réponses stratégiques appropriées. Les organisations communautaires participent à la planification nationale et aux groupes d'experts, au développement et au parrainage d'approches innovatrices en prévention et en soutien, ainsi qu'à la mise en œuvre de programmes. Au Sommet sur le sida de Paris en 1994, le Canada a adopté le principe qui permet aux personnes vivant avec le VIH/sida de participer plus activement à l'élaboration de la réponse nationale pour lutter contre l'épidémie, et ce principe demeure un élément fondamental de l'approche du Canada.

La réponse du Canada est également fondée sur les organisations nationales et non gouvernementales suivantes dans le domaine du VIH/sida :

- Réseau canadien autochtone du sida
- Société canadienne du sida
- Réseau canadien d'info-traitements sida
- [Association canadienne de recherche sur le VIH](#)
- [Fondation canadienne de recherche sur le sida](#)
- Centre canadien d'information sur le VIH/sida
- Réseau juridique canadien VIH/sida
- Réseau canadien pour les essais VIH
- Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements
- Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale
- Coalition interagence sida et développement
- International Council of AIDS Service Organizations

En vertu de l'*Initiative fédérale*, le gouvernement du Canada appuie les organisations non gouvernementales aux niveaux national, régional et communautaire. De nombreuses provinces et de grandes municipalités versent également des fonds aux organisations communautaires. Les fonds versés au VIH/sida au niveau national contribuent aux objectifs de l'*Initiative fédérale* en appuyant la forte réponse du secteur bénévole, en appuyant l'engagement et la participation significative de ceux qui vivent avec le VIH/sida et qui sont à risque de le contracter, en encourageant la collaboration et les partenariats stratégiques, en améliorant la capacité, en rassemblant et en échangeant de l'information et des connaissances, en permettant l'élaboration d'interventions sous forme de politiques et de programmes et en favorisant une réponse plus globale à l'épidémie de VIH/sida et à ses causes sous-jacentes. Par exemple, le Programme d'action communautaire sur le sida, un programme de financement dans le cadre de l'*Initiative fédérale*, appuie les organisations communautaires du Canada en créant des environnements de soutien pour réduire ou éliminer les barrières sociales qui empêchent les personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont à risque d'avoir accès aux soins de santé ou aux services sociaux adéquats, en faisant la promotion de la santé pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida, en menant des initiatives de prévention et en renforçant les organisations communautaires. En 2004-2005, le financement était axé sur les groupes les plus à risque d'infection et sur les personnes vivant déjà avec la maladie.

IV. Principaux défis à relever et mesures à prendre pour réaliser les buts et objectifs de l'UNGASS

Ressources servant à appuyer la réponse

En mai 2004, le gouvernement fédéral annonçait une hausse des fonds consacrés à la réponse canadienne. Ces fonds sont donc passés de 42,2 millions de dollars par année à 84,4 millions par année d'ici 2008-2009. Le gouvernement du Canada travaille avec une foule de partenaires pour relever les défis que posent l'utilisation efficace de ces fonds et l'évaluation de l'impact de la réponse. Bon nombre de provinces et de grandes municipalités apportent également des contributions financières importantes à la réponse à l'épidémie.

Élaboration d'approches discrètes pour lutter contre l'épidémie au sein des groupes les plus vulnérables au VIH/sida

L'incidence de nouvelles infections au Canada est en hausse dans certains groupes – les hommes homosexuels, les utilisateurs de drogues injectables, les femmes, les Autochtones et les personnes provenant de pays où le VIH est endémique. Certains défis se posent lorsqu'on veut atteindre ces groupes vulnérables puisque bon nombre d'entre eux sont marginalisés et n'ont pas accès à la prévention, aux soins et aux traitements traditionnels. Tenant compte des leçons apprises de la réponse au VIH/sida au cours des deux dernières décennies, l'*Initiative fédérale* a permis l'élaboration d'un cadre axé sur des groupes ciblés qui produira des réponses fondées sur des preuves et appropriées sur le plan culturel et qui seront plus susceptibles de faire face aux réalités qui contribuent à l'infection et aux piètres résultats en matière de santé des groupes ciblés. Les approches axées sur des groupes ciblés permettent aussi aux personnes à risque d'infection et à celles qui vivent avec le VIH/sida d'adapter directement les politiques et les programmes qui les touchent.

L'épidémie cachée

Sur les 56 000 personnes qui étaient infectées par le VIH au Canada en 2002, on estime qu'environ un tiers, soit 17 000, ne savent pas qu'elles sont infectées². Les politiques et les programmes qui ciblent cette épidémie cachée comprennent le marketing social, qui vise à augmenter le niveau de sensibilisation et de développement d'approches adaptées aux groupes ciblés. Par exemple, la mise en œuvre de la surveillance de deuxième génération, qui examine les tendances en matière de prévalence de la maladie et de comportements à risque au sein des principaux groupes ciblés – les hommes homosexuels, les utilisateurs de drogues injectables et les personnes provenant de pays où le VIH est endémique – permettra un ciblage et une surveillance plus efficace de la réponse dans chaque groupe distinct de la population, ce qui permettra ensuite une planification plus appropriée des activités futures qui combleront toute lacune toujours existante.

² Relevé des maladies transmissibles au Canada, 2003.

Les déterminants de la santé

L'épidémie de VIH/sida est déclenchée par des déterminants sociaux, culturels et économiques et alimentée par les stigmates et la discrimination. Des facteurs tels que la pauvreté, le sans-abrisme, les stigmates, les abus de substances, la violence, les problèmes de santé mentale non traités, le manque de possibilités d'emploi, l'impuissance, le manque de choix, le manque de statut juridique et le manque de soutien social augmentent la vulnérabilité des personnes au VIH, limitent leur capacité de se protéger contre le VIH et, pour ceux qui vivent avec le VIH/sida, limitent leur capacité d'avoir accès au soutien requis et à maintenir leur santé. Bon nombre de ces facteurs ne sont pas du ressort des ministères de la santé. Le gouvernement du Canada s'attaque à cette question en adoptant des mesures à la grandeur du gouvernement qui visent à améliorer l'état de santé de tous les Canadiens en améliorant les déterminants de la santé. En 2005, le gouvernement du Canada a décidé de mettre davantage l'accent sur ces activités en créant le Comité des sous-ministres adjoints du gouvernement du Canada sur le VIH/sida. Il s'agit d'un comité interministériel au sein duquel sont représentés 14 ministères et organismes du gouvernement fédéral dont les mandats ont un impact sur la réponse du Canada en matière de VIH/sida ou dont les mandats sont reliés à cette réponse. Ce comité fournit une plate-forme commune pour la promotion de la coordination horizontale et l'action interministérielle au sein du gouvernement du Canada, et il favorise l'établissement de liens et l'harmonisation des politiques et des programmes, en particulier de politiques et programmes qui ont trait au VIH/sida et aux déterminants connexes de la santé tels que l'emploi, le logement abordable, l'invalidité, l'immigration et la justice sociale. Cette collaboration gouvernementale accrue constitue un élément clé de l'*Initiative fédérale*.

La non-divulgence des renseignements médicaux

La non-divulgence de la séropositivité des personnes infectées par le virus à leurs partenaires sexuels et aux personnes avec lesquelles elles partagent des drogues demeure une question complexe qui pose certains défis pour les fournisseurs de services liés au sida lorsqu'ils procurent des services aux personnes vivant avec le VIH/sida. Dans l'affaire *R contre Cuerrier* (1998), La Cour suprême du Canada a fait ressortir une approche de droit criminel relativement à cette question. La Cour devait déterminer si la non-divulgence de la séropositivité constituait une fraude et, par le fait même, si elle viciait le consentement à des actes sexuels et exposait une personne avec le VIH à la possibilité d'une condamnation pour voies de fait. La Cour détermina que pour qu'il y ait fraude, trois facteurs doivent être établis : (1) une personne raisonnable doit juger que le comportement est malhonnête (la non-divulgence de la séropositivité peut constituer une telle inconduite); (2) la malhonnêteté doit entraîner un risque important de préjudice corporel (dans le raisonnement de l'affaire *Cuerrier*, il semble que des rapports sexuels protégés avec des préservatifs ne peuvent pas être considérés comme posant un risque important de préjudice) et; (3) la personne n'aurait pas accepté d'avoir des rapports sexuels si la séropositivité avait été divulguée.

En 2005, un groupe de travail formé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida a publié ses conclusions sur la question des personnes qui refusent ou qui sont incapables de divulguer leur séropositivité. Les experts – représentant différents domaines et secteurs, notamment la santé publique, la médecine, la santé mentale, le domaine juridique, l'épidémiologie, les personnes vivant avec le VIH et avec le sida et les organisations de services communautaires – ont endossé une approche axée sur la santé publique plutôt que sur le droit criminel et qui met l'accent sur la prévention en tant que principal objectif, suivi de la flexibilité, de l'évaluation des risques, du counseling et du respect de la Charte canadienne des droits et libertés.³

Les stigmates et la discrimination

Les stigmates et la discrimination continuent d'augmenter la vulnérabilité des personnes au VIH, l'isolement et la marginalisation de ceux qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont à risque de le contracter. Pour ceux qui font partie des groupes marginalisés – notamment les hommes homosexuels, les utilisateurs de drogues injectables, les Autochtones, les personnes provenant de pays où le VIH est endémique et les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe – les stigmates associés au VIH peuvent être combinés à d'autres formes de discrimination comme le racisme et l'homophobie. Les fournisseurs de services de santé font face à de grands défis lorsqu'ils tentent d'aider ces groupes marginalisés, particulièrement ceux qui exercent des activités illicites telles que l'utilisation de drogues injectables ou une certaine forme de travail sexuel. Dans de telles situations, les approches de santé publique visant à réduire les préjudices subis par les groupes marginalisés constituent les interventions privilégiées puisqu'elles ont démontré qu'elles pouvaient réduire la quantité des préjudices subis par les groupes marginaux. Des mesures de réduction des préjudices – telles que la distribution de seringues, l'utilisation d'équipement et de pratiques sécuritaires pour l'injection de drogues et le traitement d'entretien à la méthadone – ont été mises en place à divers degrés au pays. Le contact avec les utilisateurs de drogues injectables et les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe demeure une question d'intérêt public complexe, qui évolue sans cesse et qui a des incidences en matière de santé et de droits de la personne, ainsi que des incidences sur les plans social, juridique et éthique.

L'*Initiative fédérale* appuie les organisations nationales et communautaires pour qu'elles poursuivent leurs activités de communication et de marketing social afin d'améliorer les connaissances des Canadiens sur le VIH, de faire face aux attitudes communautaires et sociétales et de réduire les stigmates et la discrimination qui alimentent l'épidémie. Par exemple, en janvier 2005, grâce aux fonds de l'*Initiative fédérale*, le Réseau juridique canadien VIH/sida a lancé *Un Plan d'action pour le Canada afin de réduire le stigmatisme et la discrimination liés au VIH/sida*. Ce plan indique que tous les ordres de gouvernement doivent

³ Non-divulgaration de sa séropositivité à l'égard du VIH/sida : Conclusions d'un groupe de travail d'experts. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 31-05, mars 2005.

prêcher par l'exemple en appliquant rigoureusement les lois et mesures anti-discrimination afin de réduire les stigmates.

Liens avec d'autres maladies infectieuses

De nombreuses personnes qui vivent avec le VIH/sida et qui y sont vulnérables ont des besoins complexes en matière de santé et peuvent être vulnérables à d'autres maladies infectieuses telles que celles transmises sexuellement ou par injection de drogues. L'*Initiative fédérale* tient compte de cette possibilité en établissant des liens avec d'autres programmes de santé et programmes sociaux, au besoin, afin d'assurer une approche intégrée pour la mise en œuvre des programmes. Ces programmes tiennent compte des barrières en matière de services que doivent surmonter les personnes qui vivent avec de multiples infections et troubles qui ont un impact sur leur santé. Par exemple, le Canada compte un nombre important de personnes co-infectées par le VIH et l'hépatite C. Les programmes fédéraux qui ciblent l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement fonctionnent en tandem avec l'*Initiative fédérale* afin de traiter des facteurs de risque communs. Certaines provinces et certains territoires ont adopté une approche intégrée de lutte contre le VIH et contre d'autres pathogènes transmissibles par le sang et d'autres infections transmissibles sexuellement.

La résurgence de la syphilis au Canada

Dès 1997, l'élimination de la syphilis au Canada semblait imminente. Toutefois, depuis, les taux de syphilis au Canada ont énormément augmenté puisque les taux préliminaires pour 2004 indiquent une hausse supérieure à 900 % par rapport aux taux de 1997. La croissance rapide de ces taux est alimentée par une flambée de cas au pays surtout chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et chez les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe. La syphilis accroît les risques de transmission et d'acquisition du VIH; donc, sa résurgence au Canada ne peut avoir qu'un impact négatif sur l'épidémie de VIH. Toutefois, on a démontré que la détection et le traitement rapides des infections transmises sexuellement telles que la syphilis peuvent avoir un impact majeur sur la réduction de la transmission sexuelle du VIH. Ainsi, l'Agence de santé publique du Canada continue de surveiller les taux de syphilis au Canada et collabore étroitement avec les provinces et les territoires pour rehausser le niveau de sensibilisation à l'égard de la résurgence de syphilis et de la nécessité de répondre de manière coordonnée, rapide et efficace à une telle menace sur la santé publique.

Renforcer la réponse nationale

En vertu du système fédéral du Canada, les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral ont tous un rôle à jouer dans la réponse nationale au VIH/sida. Les provinces et territoires font face à des épidémies différentes, tant sur le plan du nombre de cas que sur le plan des groupes infectés. Bien que cela facilite l'élaboration d'une réponse adaptée aux besoins uniques de chaque province ou territoire, les diverses priorités et les structures de mise en œuvre peuvent poser des défis pour l'établissement et le suivi des buts et progrès au

niveau national. Afin que le Canada puisse relever ce défi, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida encourage la collaboration intergouvernementale et l'élaboration de politiques publiques. De plus, un système de surveillance nationale a été mis en place pour recueillir des données des provinces et des territoires afin de faciliter la production de sommaires et d'analyses au niveau national. De plus, l'approche pancanadienne en matière de VIH/sida *Au premier plan* facilite la collaboration et identifie des approches et des valeurs communes pour la lutte contre le VIH/sida au niveau national.

Faciliter l'accès aux médicaments partout dans le monde

En mai 2004, le gouvernement du Canada a adopté le projet de loi C-9, la *Loi de l'engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique*, une loi visant à modifier les lois sur les brevets afin de permettre la fabrication de versions moins coûteuses des médicaments brevetés à l'intention des pays les moins développés ou en développement pour que ces pays puissent faire face à des problèmes de santé publique tels que le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. La société civile canadienne a joué un rôle important de mobilisation dans l'adoption de cette loi, et les ministères et organismes du gouvernement du Canada ont travaillé en étroite collaboration pour assurer une bonne cohésion stratégique interministérielle. Le gouvernement du Canada s'est engagé à faciliter et à encourager la participation au régime de l'engagement envers l'Afrique et, par l'entremise de Santé Canada et des Affaires étrangères du Canada, il a participé à un certain nombre d'activités de relations externes pour augmenter le niveau de compréhension sur les avantages potentiels du régime de l'engagement envers l'Afrique.

**V. Soutien requis de la part des partenaires du pays
en matière de développement**

Sans objet

VI. Environnement de surveillance et d'évaluation

La société civile canadienne et les gouvernements provinciaux et territoriaux demandent le renforcement de la surveillance et de l'évaluation, particulièrement au niveau national, comme le démontre l'accent accru mis sur l'imputabilité et la transparence. Le système fédéral du Canada pose un certain défi puisque des mécanismes d'évaluation indépendants sont mis en place au niveau provincial et territorial et que ces mécanismes comportent souvent des objectifs différents et des indicateurs connexes différents qui sont utilisés pour l'évaluation du rendement. Le plan d'action *Au premier plan* tente de relever ce défi par la mise en place d'objectifs, d'indicateurs et de secteurs d'intervention à l'échelle nationale relativement aux principales priorités, notamment : la sensibilisation; les facteurs sociaux qui alimentent l'épidémie; la prévention, le diagnostic, les soins, les traitements et le soutien; le leadership dans le cadre des efforts mondiaux; l'amélioration de la capacité de première ligne. Cette initiative multisectorielle est appuyée par des activités déjà mises en marche par le gouvernement du Canada et plusieurs gouvernements provinciaux qui ont établi des cibles précises pour leur propre réponse à l'épidémie de VIH/sida. S'appuyant sur ces efforts, l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* du gouvernement du Canada est appuyée par une stratégie de gestion du rendement qui comprend la collecte de données et l'établissement d'un plan d'évaluation, ainsi qu'un engagement à l'égard de la production de rapports périodiques. Ces outils, s'ils sont pleinement mis à contribution, fourniront des données sur les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs fédéraux.

VII. Dépenses

Montant des fonds nationaux déboursés par les gouvernements dans les pays à faible revenu et à revenu moyen

Données de 2004-2005 (en millions de dollars)

Agence canadienne de développement international (45,6 millions de dollars sous forme d'ententes bilatérales, 25 millions de dollars sous forme de partenariats, 163,5 millions de dollars sous forme d'ententes multilatérales, dont le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme), l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'OMS et ONUSIDA	234,10
--	--------

Montant des fonds nationaux dépensés par les gouvernements sur le VIH/sida pour les initiatives nationales

En mai 2004, le gouvernement du Canada a annoncé que le financement fédéral pour le VIH/sida passerait de 42,2 millions de dollars par année à 84,4 millions par année d'ici 2008-2009.

Entre avril 2004 et mars 2005, la première année de l'*Initiative fédérale*, les fonds nationaux ci-dessous ont été dépensés pour le VIH/sida au Canada par l'entremise de l'Agence de santé publique du Canada, Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et le Service correctionnel du Canada.

Financement de l'Initiative fédérale sur le VIH/sida pour 2004-2005 (en millions de dollars)

Programmes et politiques	23,0
Développement du savoir	16,7
Communications et marketing social	1,3
Coordination, planification, évaluation et établissement de rapports	5,6
Collaboration internationale	0,6
Total	47,2

Autres fonds fédéraux

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada 2,59 millions de dollars

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont versé un montant additionnel de 8,45 millions de dollars à la recherche sur le VIH/sida en 2004-2005⁴.

Le Service correctionnel du Canada a investi 13 millions de dollars par année de son propre budget pour la gestion des maladies infectieuses – y compris les soins, les traitements et le soutien pour le VIH/sida – en milieu carcéral. De plus, le Service correctionnel Canada consacre 7,8 millions de dollars à son programme national d'entretien à la méthadone.

Financement des provinces et des territoires

Les provinces et territoires du Canada sont chargés de la prestation des soins de santé. Elles et ils paient donc les coûts associés aux services médicaux et aux médicaments, y compris les antirétroviraux, pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida⁵. De plus, plusieurs provinces, dont la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, l'Ontario et le Québec, octroie des fonds distincts aux groupes communautaires qui mettent en œuvre des initiatives reliées au VIH/sida.

⁴ Outre cette contribution, les IRSC ont versé 6,76 millions de dollars à la recherche indirecte sur le VIH/sida pour des projets comprenant un volet sur le VIH/sida inférieur à 50 %.

⁵ Dans certaines provinces, le paiement des antirétroviraux n'est assumé que pour les personnes qui bénéficient du soutien du revenu, tandis que dans d'autres provinces, les antirétroviraux sont payés pour toutes les personnes séropositives, peu importe leur revenu.

ANNEXE 1

Mécanisme de consultation et de préparation du rapport national sur la surveillance du suivi de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*

L'Agence de santé publique du Canada (ASPC) est l'organisation qui a dirigé la préparation du Rapport de 2006 sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de l'UNGASS. Les premières ébauches de la section principale, de la Partie A de l'Annexe 2 (Indice composite des politiques nationales) et de l'Annexe 3 ont été préparées par l'ASPC, en consultation avec d'autres ministères gouvernementaux qui participent à la réponse fédérale à l'épidémie de VIH/sida et avec des représentants des provinces et des territoires. À la fin de novembre, aux fins de consultation, l'ébauche a été remise aux principaux partenaires nationaux, aux organisations non gouvernementales nationales, au Conseil des ministres sur le VIH/sida et au Conseil national des Autochtones sur le VIH/sida. Par la suite, des améliorations ont été apportées au document d'après les commentaires reçus.

Dans le cadre d'un processus distinct, l'ASPC a signé un contrat avec un consultant externe pour la préparation de la Partie B de l'Annexe 2 (Indice composite des politiques nationales) relativement aux droits de la personne et à la participation de la société civile, en consultation avec les organisations non gouvernementales nationales sur le VIH/sida et des experts des droits de la personne. Ce document préliminaire a été transmis aux organisations non gouvernementales nationales sur le VIH/sida pour qu'elles puissent fournir leurs commentaires et leurs suggestions.

Le 10 janvier 2006, une téléconférence a été organisée avec les représentants des principaux partenaires nationaux et des ministères gouvernementaux afin d'examiner les constatations de la totalité du rapport (y compris les deux parties de l'Annexe 2) pour assurer l'uniformité, l'exactitude et le ton du rapport, pour faire en sorte que l'ensemble du document fournisse une image exacte de la réponse canadienne et pour qu'un processus soit recommandé en ce qui concerne les rapports futurs sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de l'UNGASS. La téléconférence a pris fin par un consensus général à l'effet que le texte du rapport combiné soit assujéti aux changements et modifications suggérés. Le rapport a ensuite été soumis à l'administrateur en chef de la santé publique aux fins d'approbation. Le gouvernement n'apportera aucun changement à la Partie B de l'Annexe 2, qui a été préparée en consultation avec les organisations non gouvernementales nationales sur le VIH/sida, puisque cette partie constitue un travail indépendant qui reflète les perspectives des intervenants autres que gouvernementaux.

VII.

ANNEXE 2 : Partie A

Indice composite des politiques nationales

Plan stratégique

- I. 1 Le pays a élaboré un cadre stratégique et d'action multisectoriel national pour combattre le VIH/sida.

La réponse pancanadienne

Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010) est un plan d'intervention en matière de VIH/sida à l'échelle du Canada qui a été lancé en 2005. Ce plan identifie une approche consolidée sur tous les fronts, y compris auprès des gouvernements, des collectivités, des chercheurs, des fournisseurs de soins de santé, des personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont à risque de la contracter, des particuliers et d'autres personnes concernées par la réponse du Canada au VIH/sida. Il présente les mesures et cibles spécifiques qui serviront à réaliser sa vision globale, soit mettre fin à l'épidémie. *Au premier plan* comprend les secteurs de la santé, de l'éducation, des femmes et des jeunes. Ce plan est axé sur les droits de la personne, il appuie fortement l'engagement et le leadership des personnes vivant avec le VIH/sida, et il suggère des actions concrètes visant à augmenter le niveau de sensibilisation, à faire face aux facteurs sociaux qui alimentent l'épidémie, à augmenter la prévention, à renforcer les services de diagnostic, les soins, les traitements et le soutien, à prendre la tête de la réponse mondiale et à améliorer les efforts de première ligne.

La réponse fédérale

En mai 2004, le gouvernement du Canada a annoncé que le financement fédéral pour la lutte contre le VIH/sida au Canada passerait de 42,2 millions de dollars par année à 84,4 millions par année d'ici 2008-2009. En janvier 2005, le gouvernement du Canada a lancé l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* et a précisé l'approche préconisée pour encadrer cet accroissement du financement. L'Agence de santé publique du Canada, Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et le Service correctionnel du Canada reçoivent tous des fonds dans le cadre de l'Initiative fédérale.

L'Initiative fédérale vise les objectifs suivants :

- prévenir l'acquisition et la transmission de nouvelles infections;
- ralentir la progression de la maladie et améliorer la qualité de la vie;
- réduire l'impact social et économique du VIH/sida;
- contribuer à l'effort mondial visant à freiner la propagation du VIH et à atténuer l'impact des maladies.

L'*Initiative fédérale* repose sur l'ancienne *Stratégie canadienne sur le VIH/sida* (1998-2004) et souligne l'importance des partenariats et de l'engagement avec différents intervenants des gouvernements, la société civile et les chercheurs. Les administrations gouvernementales, les organismes non gouvernementaux nationaux et régionaux oeuvrant dans le domaine du VIH/sida, les associations professionnelles représentant les travailleurs qui interviennent dans le domaine des soins, du traitement et du soutien, les personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque de le contracter, les chercheurs, les épidémiologistes et les décideurs participent ensemble à l'élaboration de politiques et la prestation de programmes appuyés par les fonds fédéraux. Cette approche repose sur les droits de la personne et les déterminants de la santé.

Dans le cadre de l'*Initiative fédérale*, des approches spécifiques aux groupes suivants de la population ont été élaborées : les personnes qui vivent avec le VIH/sida, les hommes homosexuels, les utilisateurs de drogues injectables, les Autochtones, les détenus sous responsabilité fédérale, les jeunes, les femmes à risque de contracter le VIH et les personnes provenant de pays où le VIH est endémique.

En avril 2005, le Canada établissait son Énoncé de politique internationale. Cette approche applicable à l'ensemble du gouvernement contribuera à renforcer la cohérence des politiques et mesures canadiennes liées et non liées au sida.

L'Énoncé présente un nouveau cadre de coopération de développement qui améliorera l'efficacité de l'aide canadienne au développement en mettant l'accent sur les ressources et les efforts canadiens dans des secteurs et pays clés. Les programmes de l'Agence canadienne de développement international (ACDI) seront concentrés dans cinq principaux secteurs : la santé (y compris le VIH/sida), la saine gestion publique, l'éducation de base, le développement du secteur privé et la durabilité environnementale. L'ACDI travaille actuellement à l'élaboration d'un document d'orientation stratégique pour la santé, y compris pour le VIH/sida. Un document de conception sur le VIH/sida a été élaboré en consultation avec d'autres ministères gouvernementaux et des organisations non gouvernementales.

Le ministère des Affaires étrangères du Canada a aussi élaboré une stratégie visant à tenir compte efficacement des dimensions stratégiques étrangères du

VIH/sida, y compris de questions telles que la sécurité humaine, les droits de la personne, la défense multilatérale et bilatérale des droits, les lignes directrices en milieu de travail et les urgences humanitaires complexes.

La réponse des provinces et des territoires

En vertu du système fédéral canadien, les provinces et territoires du Canada sont chargés de la prestation des soins de santé. La plupart des provinces et des territoires ont adopté ou sont à concevoir des stratégies de lutte contre le VIH/sida. Dans certaines provinces et certains territoires, une approche intégrée sur les pathogènes transmissibles par le sang et sur les infections transmises sexuellement a été adoptée, et cette approche reconnaît que le VIH/sida, l'hépatite C et les infections transmises sexuellement affectent des groupes semblables de la population (Québec, Alberta, Saskatchewan, Territoires du Nord-Ouest). D'autres provinces et territoires mettent l'accent sur le VIH/sida (Colombie-Britannique, Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve, Nunavut et Yukon).

Des liens sont établis entre les efforts des différents ordres de gouvernement par l'entremise du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida, dont les objectifs sont la promotion de l'établissement de politiques publiques, la promotion d'une collaboration intergouvernementale et multiniveau accrue en matière de VIH/sida et la promotion de l'utilisation des données épidémiologiques et de l'information communautaire pour l'élaboration de politiques, de programmes et de services au Canada.

I. 2 Le pays a intégré le VIH/sida à son plan de développement général.

Le gouvernement du Canada considère que le VIH/sida est une question qui a une grande importance sur le plan national et international. *L'Initiative fédérale* coordonne la réponse au niveau national et bâtit des ponts entre les réponses nationale et internationale. Il s'agit d'une initiative horizontale à laquelle participent quatre organismes et ministères fédéraux – l'Agence de santé publique du Canada, Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et le Service correctionnel du Canada. L'Agence canadienne de développement international et le ministère des Affaires étrangères du Canada collaborent aussi à la mise en œuvre de la réponse internationale. Les réponses au niveau nationale et internationale sont reliées à l'aide de divers mécanismes de liaison afin d'assurer la cohésion des politiques et le partage des connaissances.

I. 3 Le pays a évalué l'impact du VIH/sida sur son développement économique aux fins de planification.

Le coût annuel total (direct et indirect) du VIH/sida au Canada a été évalué à environ 1 milliard de dollars en 1998⁶. Bien que peu de données précises soient disponibles, au Canada, les provinces et les territoires paient les coûts des services médicaux pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida, ainsi que le coût des médicaments, y compris les antirétroviraux⁷. En 2003, l'administrateur provincial de la santé de la Colombie-Britannique a évalué que la province avait dépensé environ 100 millions de dollars pour les services liés au VIH. En 2001-2002, le gouvernement de l'Ontario a dépensé environ 50 millions de dollars pour appuyer les services liés au VIH (à l'exclusion des honoraires des médecins, des programmes de médicaments, des services hospitaliers internes, des services à domicile et des soins palliatifs).

I. 4 Le pays a établi un cadre stratégique et d'action pour lutter contre le VIH/sida dans le cadre de ses services nationaux du personnel en uniforme, des militaires, des soldats du maintien de la paix et de la police.

La politique du Conseil du Trésor du Canada en matière de VIH/sida s'applique aux forces armées et à la Gendarmerie royale du Canada. Cette politique fait ressortir un certain nombre d'exigences et de lignes directrices relativement aux droits et aux avantages des employés qui vivent avec le VIH, à la disponibilité de tests de dépistage volontaire et de counseling avant et après les tests, à l'éducation et à l'information, ainsi qu'aux précautions pour les employés qui courent un risque potentiel d'exposition.

Le ministère de la Défense nationale a mis en place une politique de santé au travail pour permettre aux personnes qui vivent avec le VIH/sida de travailler en tenant compte de leur santé et de leur capacité. Cette politique vise également à sauvegarder la nature confidentielle de l'information sur la santé personnelle des militaires. De plus, tout le personnel des Forces canadiennes qui doivent assumer des fonctions opérationnelles doivent suivre une formation préalable au déploiement qui comprend un volet sur la médecine de prévention. Les infections transmises sexuellement, notamment le VIH/sida, sont incluses dans cette formation.

⁶ Albert, Terry et Gregory Williams, *The Economic Burden of VIH/SIDA in Canada*. Réseaux canadiens de recherché en politiques publiques, 1998.

⁷ Dans certaines provinces, le paiement des antirétroviraux n'est assumé que pour les personnes qui bénéficient du soutien du revenu, tandis que dans d'autres provinces, les antirétroviraux sont payés pour toutes les personnes séropositives, peu importe leur revenu.

Soutien politique

- II. 1 Les dirigeants du gouvernement et d'autres hauts fonctionnaires s'expriment publiquement en faveur des efforts de lutte contre le sida au moins deux fois par année.

Le ministre de la Santé, le ministre d'état à la Santé publique et le ministre de la Coopération internationale prononcent régulièrement des discours et des commentaires sur l'épidémie et sur les réponses mises en œuvre pour y faire face. En 2004, ils ont annoncé une hausse importante des fonds consacrés aux réponses sur les plans national et international.

- II. 2 Le pays dispose d'un organisme national fonctionnel et multisectoriel de gestion et de coordination du VIH/sida, et cet organisme est reconnu par la loi.**

Plusieurs organismes multisectoriels de coordination et de consultation ont été créés dans les secteurs communautaires, médicaux et de la recherche pour conseiller le gouvernement.

Le contexte pancanadien

Le VIH/sida est géré par trois ordres de gouvernement : le gouvernement fédéral, les gouvernements des provinces et des territoires, les administrations municipales. Chaque ordre de gouvernement a des responsabilités de gestion du VIH/sida qui sont précisées dans son mandat, et tous collaborent avec la société civile. Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida créé en 1988 fournit des conseils stratégiques sur les questions et les initiatives prioritaires, et il favorise une collaboration ponctuelle et efficace entre les différents ordres de gouvernement en matière de VIH/sida au Canada. Le Groupe de travail sur la santé fédéral-provincial-territorial des chefs des affaires correctionnelles, qui est formé de membres des services correctionnels des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, travaillent en collaboration afin de promouvoir l'établissement de programmes et de politiques adaptés aux questions complexes entourant la santé des détenus et afin de fournir du leadership et des conseils proactifs aux chefs des services correctionnels fédéraux-provinciaux-territoriaux sur les tendances et les pratiques exemplaires relativement à la santé en milieu carcéral.

Comité des sous-ministres adjoints du gouvernement du Canada

En 2005, le Comité des sous-ministres adjoints sur le VIH/sida du gouvernement du Canada a été formé pour favoriser l'établissement de liens plus solides entre

les politiques et les programmes du gouvernement fédéral en matière de VIH/sida et pour faciliter l'harmonisation de ces politiques et programmes. Ce comité est formé des sous-ministres adjoints de 14 organismes et ministères dont le mandat est directement ou indirectement relié à la réponse du Canada en matière de VIH/sida. Le Comité fournit une plate-forme commune pour la promotion de la coordination horizontale et de la cohésion des programmes au sein des organismes et ministères du gouvernement fédéral.

Organismes consultatifs fédéraux

Le Conseil des ministres sur le VIH /sida, qui a été formé en 1988, fournit des conseils au ministre de la Santé relativement aux aspects pancanadiens du VIH/sida. Les membres du Conseil sont nommés par le ministre de la Santé et sont choisis pour leur expérience et leurs compétences collectives, lesquelles couvrent les disciplines qui forment la réponse canadienne à l'épidémie. Par exemple, il peut s'agir de chercheurs ou de professionnels et de non-professionnels de première ligne qui travaillent auprès des nouveaux groupes à risque. Cinq des 15 membres de ce Conseil sont des personnes qui vivent avec le VIH/sida.

Le Conseil national des Autochtones sur le VIH/sida est un organisme consultatif formé d'Autochtones (Premières nations, Inuit et Métis) qui fournit des conseils stratégiques à Santé Canada, à l'Agence de santé publique du Canada et à d'autres intervenants pertinents en matière de VIH/sida et relativement à des questions connexes reliées aux Autochtones (Inuit, Métis et Premières nations) du Canada.

II. 3 Le pays dispose d'un organisme national fonctionnel sur le VIH/sida qui facilite l'interaction entre le gouvernement, le secteur privé et la société civile pour la mise en œuvre de stratégies et de programmes sur le VIH et le sida.

L'Initiative fédérale identifie les partenariats et l'engagement comme étant une orientation stratégique qui rassemblera une vaste gamme de secteurs et qui renforcera la coordination et la cohésion des interventions dans ce domaine. L'expérience de la société civile est mise à profit par le gouvernement du Canada par l'entremise des organismes consultatifs mentionnés ci-dessus et grâce à des réunions nationales multisectorielles auxquelles participent plusieurs intervenants qui ont joué un rôle clé dans l'établissement des orientations de la réponse canadienne à l'épidémie.

Le gouvernement du Canada appuie L'Association canadienne de recherche sur le VIH/sida et le Réseau canadien pour les essais VIH, qui rassemblent des chercheurs, des fournisseurs de soins de santé et le secteur privé.

Le Groupe consultatif sur les questions mondiales touchant le VIH/sida est formé de membres provenant d'ONG nationales, du milieu de la recherche, de Santé Canada, de l'Agence de santé publique du Canada, des Instituts de recherche en

santé du Canada, de l'Agence canadienne de développement international et du ministère des Affaires étrangères du Canada. Ce groupe sert de forum de dialogue entre le gouvernement et la société civile sur la réponse du Canada à l'épidémie mondiale; il fournit des conseils aux ministères gouvernementaux participants sur l'épidémie mondiale de VIH/sida; et il donne de l'orientation et des suggestions sur la collaboration et la cohésion des politiques afin qu'une réponse plus efficace puisse être mise en oeuvre.

Le Comité consultatif de recherche sur le VIH/sida des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) est présidé par un membre du Conseil consultatif de l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires des IRSC, et il compte des membres représentant de multiples instituts des IRSC, des chercheurs sur le VIH/sida, Santé Canada, le Conseil des ministres sur le VIH/sida et le grand secteur des organisations communautaires. Ainsi, le Comité peut être la voix des chercheurs sur le VIH/sida auprès des IRSC, et il encourage une communication efficace entre les intervenants concernés par la recherche sur le VIH/sida. Le Comité a pour mandat de présenter des recommandations aux IRSC sur les priorités de recherche en matière de VIH/sida.

II. 4 Le pays dispose d'un organisme fonctionnel en matière de VIH/sida qui appuie la coordination de la prestation des services liés au VIH par les organisations de la société civile.

La prestation des services est une responsabilité provinciale qui est gérée différemment d'une province à l'autre. Certaines provinces financent la prestation des services par des organisations communautaires. Dans d'autres provinces, le gouvernement provincial, le bureau régional du gouvernement du Canada et les organisations non gouvernementales travaillent ensemble à la planification, à l'identification des priorités et à l'amélioration de la coordination des activités communautaires menées par la société civile. De plus, de nombreux projets sont financés par l'entremise du Programme d'action communautaire sur le sida, un fonds régional de l'Agence de santé publique du Canada qui appuie les interventions de première ligne en matière de VIH/sida dans les collectivités.

La coordination de la société civile est réalisée par différents mécanismes, dont la participation aux processus de planification et de consultation dirigés par le gouvernement, et par l'entremise d'organisations cadres nationales et régionales.

Soutien politique du programme du VIH/sida

Le gouvernement du Canada appuie de longue date la réponse au VIH/sida au Canada. Le premier ministre est actif sur la scène internationale et, en 2004, des augmentations importantes du budget fédéral ont été annoncées pour la lutte contre le VIH/sida sur les plans national et international. Le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes surveille et examine les efforts du

gouvernement fédéral en matière de VIH/sida afin que les fonds soient utilisés là où les besoins sont les plus criants.

Prévention

III. 1 Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie qui facilite l'information, l'éducation et la communication (IEC) sur le VIH et le sida à l'intention du grand public.

Il n'existe actuellement aucune stratégie unificatrice, mais l'information, l'éducation et la communication sont assurées les différents mécanismes décrits ci-dessous. En vertu de l'*Initiative fédérale*, l'Agence de santé publique du Canada administre le fonds de l'Initiative nationale de service d'information sur le VIH/sida (INSIV), lequel fonds finance un service national qui identifie l'information de grande qualité sur le VIH/sida et la rend utile et disponible. Cette initiative soutient actuellement le Centre canadien d'information sur le VIH/sida, qui est administré par l'Association canadienne de santé publique, ainsi que le Réseau canadien d'info-traitements sida; deux services connus mondialement pour l'information complète qu'ils fournissent en matière de prévention, de soins, de traitements et de soutien pour le VIH/sida. À la suite d'une consultation nationale, l'INSIV sera restructurée en 2006 pour qu'elle incorpore les principes du transfert et de l'échange du savoir.

L'Agence de santé publique du Canada appuie les activités de marketing social et les communications nationales et de première ligne afin d'améliorer les connaissances des Canadiens sur le VIH, de faire face aux attitudes de la communauté et de la société et de réduire les stigmates et la discrimination qui alimentent l'épidémie. Des programmes de sensibilisation publique sont en préparation pour que de l'information exacte sur le VIH soit fournie et pour que les stigmates et la discrimination qui contribuent à l'épidémie soient identifiés.

III. 2 Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie qui favorise l'éducation sur la santé reproductive et sexuelle reliée au VIH et au sida à l'intention des jeunes.

L'éducation sur la santé reproductive et sexuelle est offerte à l'école, dans le cadre d'un programme établi par les ministères provinciaux et territoriaux de l'éducation du Canada. Le genre d'information fournie sur le VIH/sida et l'âge auquel cette information est présentée varient d'une province et d'un territoire à l'autre.

Le rôle du gouvernement du Canada consiste à établir des lignes directrices, à effectuer de la recherche et de la surveillance et à financer les campagnes de marketing social. En 2003, Santé Canada, en collaboration avec des organisations

gouvernementales et non gouvernementales aux niveaux provincial, territorial et communautaire, a produit une version remaniée des *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière sexuelle*. Ce document présente le cadre recommandé pour l'élaboration de programmes et de services complets d'éducation sur la santé sexuelle qui répondent aux besoins variés des Canadiens.

L'Étude sur la santé sexuelle, les jeunes, le VIH et le sida au Canada de 2002, coordonnée par le Conseil des ministres de l'Éducation du Canada, a déterminé que le sentiment de sensibilité des jeunes face au VIH/sida a diminué depuis 1989 et que la moitié des élèves de neuvième année ne savent pas qu'il n'existe aucune guérison pour le sida. Cette enquête a également démontré que le niveau de respect à l'égard des droits fondamentaux des personnes qui vivent avec le VIH/sida avait augmenté depuis 1989. Cette information est utilisée avec d'autres sources pour façonner la future campagne de marketing social.

III. 3 Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie encourageant l'information, l'éducation et la communication, ainsi que d'autres mesures de santé préventive pour les groupes les plus à risque.

L'*Initiative fédérale* appuie des campagnes de marketing social communautaires spécifiques conçues par et pour des groupes en particulier : les hommes homosexuels, les Autochtones, les utilisateurs de drogues injectables, les détenus sous responsabilité fédérale, les femmes, les jeunes à risque, les personnes provenant de pays où le VIH est endémique et les personnes vivant avec le VIH/sida. Ci-dessous sont présentés quelques-uns des projets en cours.

Hommes homosexuels

En collaboration avec une équipe consultative nationale formée d'organisations partenaires de différentes régions du Canada, l'Agence de santé publique du Canada a financé AIDS Vancouver pour que cet organisme mette en œuvre les deux phases de la campagne de marketing social nationale visant à donner un deuxième souffle à la prévention du VIH/sida chez les hommes homosexuels du Canada.

Autochtones

Au niveau national, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuit de Santé Canada a maintenu son appui aux organisations autochtones qui fournissent des programmes de sensibilisation sur le VIH/sida. La Direction a entre autres facilité la transformation de la Journée autochtone du sida en un événement d'une semaine débutant la Journée mondiale du sida, le Réseau canadien autochtone du sida devenant le principal

coordonnateur et maître d'œuvre des activités, et elle a appuyé les efforts de la Pauktuutit Inuit Women's Association auprès des Inuit.

La Stratégie autochtone sur le VIH/sida au Canada appuie les organisations régionales et locales afin qu'elles organisent leurs efforts de réponse au VIH/sida. Cet appui comprend des stratégies spécifiques pour la coordination nationale et le soutien technique; le développement communautaire et le renforcement des compétences; la prévention et la sensibilisation; la durabilité, les partenariats et la collaboration; les questions juridiques, éthiques et des droits de la personne; la participation des groupes autochtones ayant des besoins particuliers; le soutien des approches de réduction des préjudices; les soins, les traitements et le soutien intégrés; la recherche et l'évaluation.

Détenus sous responsabilité fédérale

Le Service correctionnel du Canada (SCC) reconnaît que la gestion des maladies infectieuses telles que le VIH ne pourra être efficace que par la mise en place d'un ensemble d'activités de prévention, de traitement et de réduction des préjudices. Le SCC offre plusieurs programmes d'information pour les détenus, notamment le Programme national d'éducation et de counseling par les pairs, les Cercles des gardiens du savoir (un programme d'entraide et d'éducation sur le VIH/sida par les pairs autochtones) et le programme Choisir la santé dans les pénitenciers. Le SCC offre aux détenus des tests volontaires de dépistage du VIH/sida, des maladies transmises sexuellement (ITS), de l'hépatite A, B et C et de la tuberculose. De plus, le SCC offre à tous les détenus des vaccins contre l'hépatite A, l'hépatite B, et un vaccin antigrippal annuel. De plus, le SCC a mis en œuvre un protocole de prophylaxie post-exposition au VIH pour le personnel et les détenus.

En partenariat avec l'Agence de santé publique du Canada, le personnel des services de santé du SCC a reçu de la formation sur la prévention, le diagnostic, le traitement et la gestion des ITS. Cette formation était accompagnée d'un manuel sur les ITS conçu pour résumer cette information spécialement pour les personnes travaillant en milieu carcéral. Le SCC assure également le suivi de la prévalence des maladies infectieuses, ainsi que la mise en œuvre des tests de dépistage, des traitements et de la participation à l'éducation de prévention par l'entremise de son Système de surveillance des maladies infectieuses. Ces initiatives ont pour but de surveiller les tendances et d'établir de l'information pour l'élaboration de politiques et de programmes de prévention.

Les détenus des pénitenciers du SCC ont accès aux mesures de réduction des préjudices ci-dessous :

- javellisant servant à désinfecter l'équipement d'injection, de tatouage et de perçage corporel;
- préservatifs, digues dentaires et lubrifiant à base d'eau;
- programme de traitement d'entretien à la méthadone;
- projet pilote pour des pratiques de tatouage plus saines (programme en cours dans six pénitenciers fédéraux).

Aucun programme d'échange de seringues n'est actuellement offert dans les pénitenciers fédéraux, mais le SCC a demandé l'avis scientifique et technique de l'Agence de santé publique du Canada quant aux risques et aux avantages des programmes d'échange de seringues dans les pénitenciers.

III. 4 Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie pour améliorer l'accès aux produits de prévention essentiels, notamment auprès des groupes les plus à risque.

Actuellement, au Canada, il est possible d'avoir accès aux produits de prévention suivants : préservatifs, tests de dépistage du VIH (anonymes, nominatifs et non nominatifs), seringues, eau stérilisée, javellisant, cuiseurs, filtres et contenants pour objets pointus et tranchants. Parmi les autres produits de prévention, notons les vaccins contre l'hépatite B, l'hépatite A et la grippe, les tests de dépistage de la tuberculose ainsi que le traitement contre cette maladie, les tests de dépistage de l'hépatite B et C, les programmes d'entretien à la méthadone, les programmes de traitement de la narcomanie, les programmes de traitement de la toxicomanie, la prophylaxie post-exposition, les programmes de promotion de la santé et d'information sur la prévention, l'accès universel aux soins de santé primaires d'un médecin et l'accès à l'éducation de niveaux primaire et secondaire. Des programmes de marketing social axés sur l'utilisation de préservatifs, la sûreté du sang, les injections sécuritaires en établissement de soins de santé et le dépistage de la syphilis avant la naissance ont été mis en place.

La disponibilité de ces produits et programmes de prévention varie d'une région à l'autre au Canada et dépend d'un certain nombre de facteurs, dont le niveau des transferts en santé du fédéral aux provinces et aux territoires, les affectations de ressources en santé aux niveaux provincial, territorial et municipal, ainsi que les approches utilisées par les organismes provinciaux et municipaux du secteur de la santé. Le Canada endosse le principe d'accès universel aux services d'éducation, de prévention, de diagnostic, de soin, de traitement, de soutien et de réadaptation en matière de VIH/sida.

VIII.III.5 Principales activités de prévention

Les activités de prévention varient à travers le Canada, selon la nature de l'épidémie dans la province ou le territoire et selon la méthode de prestation des

services. Dans la plupart des cas, les services de prévention sont fournis par des organisations de services liés au sida de la localité, par des organisations communautaires et par des services de santé publique. Ces services spécifiques définis par ONUSIDA sont offerts au Canada – notamment, des programmes de marketing social pour l'utilisation de préservatifs, des services d'éducation sur le sida dans les écoles pour les jeunes, des communications sur le changement des comportements, de la consultation et du dépistage volontaires, des programmes pour les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe, des programmes pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, des programmes pour les utilisateurs de drogues injectables, des programmes pour d'autres groupes les plus à risques, des programmes sur la sûreté du sang, des programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, des programmes de mise en œuvre de précautions universelles dans les établissements de soins de santé. Il n'existe actuellement aucun programme formel faisant la promotion de rapports précis sur le VIH et le sida dans les médias. La disponibilité de certaines activités de prévention varie à travers le pays, et il demeure difficile de joindre les populations marginalisées. Certaines des principales activités sont indiquées ci-dessous.

Test de dépistage du VIH

Des tests de dépistages du VIH nominatifs et non nominatifs sont disponibles dans toutes les provinces et tous les territoires, et dans bon nombre de provinces et de territoires, des tests anonymes sont également offerts.

Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

Des programmes de dépistage volontaires du VIH sont disponibles dans toutes les provinces et tous les territoires pour les femmes enceintes. En 2002, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida a publié le document intitulé *Principes de dépistage du VIH chez les femmes enceintes* et qui renforce la mise en application des principes généralement appuyés du volontarisme, de la confidentialité et du consentement informé pour l'élaboration et l'amélioration d'une politique pertinente.

Des traitements sont offerts dans toutes les provinces et tous les territoires pour éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant, même si cela n'est pas suffisant pour empêcher toutes les infections de VIH chez les nourrissons. En 2004, 163 cas d'exposition périnatale au VIH ont été signalés, et sur les 139 cas dans lesquels les mères avaient reçu de la prophylaxie antirétrovirale périnatale, 108 des nourrissons exposés avant la naissance ont été déclarés non infectés, 3 ont été déclarés infectés et l'état de 28 de ces enfants n'a pas été confirmé.⁸

Dans les pénitenciers fédéraux, des soins prénataux sont fournis à toutes les contrevenantes, y compris le dépistage volontaire du VIH. On y encourage toutes les femmes à participer au dépistage et au traitement approprié pour éviter la

⁸ *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2004*. Agence de santé publique du Canada, 2005.

transmission de la mère à l'enfant. Les contrevenantes qui ont une dépendance aux opiacés peuvent suivre un traitement d'entretien à la méthadone pour diminuer les risques associés à l'utilisation de drogues injectables et à la grossesse.

IX.

X. Programmes pour les utilisateurs de drogues injectables – site d'injection supervisée

En septembre 2003, on ouvrait le premier site d'injection supervisée légal au Canada dans le cadre d'un partenariat entre la Vancouver Coastal Health Authority, la Portland Hotel Society et le ministère de la santé de la Colombie-Britannique. Santé Canada a alors accordé une exemption à la Vancouver Coastal Health Authority en vertu des lois canadiennes existantes afin que cette organisation puisse lancer un projet pilote de recherche sur un site d'injection supervisée et a versé à cette organisation 1,5 million de dollars pour appuyer l'évaluation du projet qui servira à déterminer si les sites d'injection supervisée améliorent la santé des utilisateurs de drogues et réduisent les préjudices associés à l'utilisation de drogues illicites. Le financement de l'établissement et de l'administration du projet pilote, ainsi que du site d'injection supervisée, demeure sous la responsabilité de la Vancouver Coastal Health Authority.

Bien que les résultats de l'évaluation de la première année semblent prometteurs, cette évaluation ne représente que la première étape du processus qui consiste à déterminer si le site d'injection supervisée du centre-ville est de Vancouver permet de réduire les préjudices associés à l'utilisation de drogues injectables. Les efforts menés pour documenter les résultats sur la santé des personnes qui utilisent des drogues injectables associées au site se poursuivront tout au long et au-delà de la période d'évaluation de trois ans.

Initiative nord-américaine sur les médicaments opiacés (NAOMI)

Le programme NAOMI est une étude de recherche médicale conçue pour déterminer si l'héroïne prescrite par un médecin est plus efficace que la méthadone pour traiter les personnes ayant des dépendances chroniques aux opiacés et pour lesquelles les thérapies habituelles ont échoué. Cette étude est financée par les Instituts de recherche en santé du Canada et sera menée par l'Université de la Colombie-Britannique, l'Université de Montréal et l'Université de Toronto. Les Instituts de recherche en santé du Canada fournissent 8,1 millions de dollars pour que les essais cliniques soient réalisées. En 2005, Santé Canada a approuvé la proposition d'essai clinique et a émis une exemption – à des fins scientifiques – en vertu des lois canadiennes existantes, autorisant l'utilisation d'héroïne dans les essais cliniques. Le programme NAOMI a entrepris son recrutement en février 2005.

Soins et soutien

IV. 1 Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie visant à promouvoir des services complets de soin et de soutien du VIH et du sida, tout en accordant une attention suffisante aux barrières pour les femmes, les enfants et les groupes les plus à risque.

Ce sont les provinces et les territoires qui sont toutefois responsables de la prestation directe de ces services. Ces provinces et territoires ont des approches différentes en matière de soin et de soutien du VIH et du sida, mais la plupart disposent d'une politique ou d'une stratégie en ce qui concerne cette question. Un des six secteurs d'intervention d'*Au premier plan* est le suivant : « Renforcer le diagnostic, les soins, les traitements et le soutien ».

IV. 2 Principales activités de soin, de traitement et de soutien

Les activités spécifiques définies par ONUSIDA sont offertes au Canada, notamment l'analyse des transfusions sanguines, les précautions universelles, le traitement des infections opportunistes, le traitement antirétroviral, les soins nutritionnels, les soins pour ITS, les services de planification des naissances, le soutien psychologique pour les personnes qui vivent avec le VIH et leurs familles, les soins à domicile, les soins palliatifs, le traitement des infections communes reliées au VIH et la prophylaxie post-exposition. Les services médicaux sont fournis par les systèmes de santé provinciaux et territoriaux, tandis que les organisations de la société civile jouent un rôle clé en fournissant du soutien psychologique et des soins à domicile et palliatifs. La disponibilité de certains services varie d'une province et d'un territoire à l'autre, et les groupes marginalisés connaissent habituellement moins bien ces soins et services et y ont moins accès. Les principales activités sont indiquées ci-dessous.

Accès aux médicaments associés au VIH/sida

La *Loi canadienne sur la santé* établit les normes pour toutes les provinces et tous les territoires en stipulant les services de médecins et les services hospitaliers nécessaires sur le plan médical auxquels les résidents admissibles doivent avoir accès. Le coût des médicaments associés au VIH est couvert par des régimes d'assurance publics ou privés ou, pour les bénéficiaires d'aide au revenu, par l'entremise de programmes d'accès aux médicaments au niveau provincial ou territorial. Bien que la majorité des personnes vivant avec le VIH/sida aient accès aux médicaments nécessaires, certaines personnes ont parfois un accès limité à ces médicaments. Les programmes d'accès aux médicaments et de remboursement des coûts peuvent entraîner une interruption de la prise des médicaments nécessaires. Une étude de 2002 a démontré qu'une personne sur trois qui était décédée du sida en Colombie-Britannique n'avait jamais reçu de médicaments antirétroviraux. Les Autochtones, les personnes à faible revenu et

les femmes étaient surreprésentés dans ce groupe. Cette étude a également fait ressortir les défis qui doivent sans cesse être surmontés pour atteindre les groupes marginalisés. Les personnes qui vivent au Canada sans statut juridique ont aussi de la difficulté à obtenir des médicaments et des soins de santé.

Les médicaments prescrits et le transport médical sont fournis aux « Indiens inscrits » (membres des Premières nations qui ont un statut en vertu de la *Loi sur les Indiens*) et aux Inuit en vertu du Programme des services de santé non assurés du gouvernement fédéral.

Accès aux médicaments dans les pénitenciers fédéraux

Lorsqu'un détenu sous responsabilité fédérale est déclaré séropositif, il consulte le médecin de l'établissement et un spécialiste communautaire en VIH/sida. Le traitement est dirigé par le spécialiste communautaire en VIH/sida, qui détermine également le traitement le plus approprié pour la personne. Les médicaments pour le VIH sont fournis sans aucuns frais au détenu. Avant d'être libéré du pénitencier, le détenu est mis en contact avec un fournisseur de santé communautaire et il reçoit une quantité provisoire de médicaments.

IV. 3 Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie visant à répondre aux besoins supplémentaires des orphelins et des autres enfants vulnérables.

Le Canada ne compte pas un nombre important d'orphelins du VIH/sida, et les enfants de moins de 15 ans ne représentent que 1,3 pour cent du nombre total de cas de VIH signalés depuis 1985. (ASPC, 2004)

Les jeunes, en particulier les jeunes de la rue, les Autochtones et les hommes homosexuels, constituent l'un des groupes les plus à risque en ce qui concerne le VIH/sida, et le gouvernement du Canada a entrepris l'élaboration d'une approche spécifique aux jeunes à risque. *Un Canada digne des enfants : le plan d'action national du Canada*, qui a été lancé en 2004, est la réponse officielle du Canada aux engagements qu'il a formulés en 2002 à l'UNGASS sur les enfants. La promotion de vies saines, dont la lutte contre le VIH/sida, constitue l'un des secteurs prioritaires de ce plan.

Les provinces répondent aux besoins des enfants vulnérables en leur fournissant les services de santé et les services sociaux suivants : services de protection de l'enfance, services d'adoption, services de conseiller pour enfants et familles, agences de services sociaux, programmes de bien-être social et d'assurance-invalidité, soins de santé primaires et logements subventionnés. La prestation de ces programmes varie d'une province et d'un territoire à l'autre au Canada en raison du niveau de financement varié du gouvernement fédéral sous forme de transferts aux provinces, des allocations provinciales et municipales des ressources en matière de santé et des approches utilisées par les organisations provinciales et municipales de services de santé et de services sociaux.

Surveillance et évaluation

Les provinces et territoires jouent toutes et tous des rôles différents dans le système de santé du Canada. Ils adoptent également des approches différentes de surveillance et d'évaluation de leurs propres activités. Il n'existe présentement aucun plan national dans ce domaine. Toutefois, *Au premier plan* met en œuvre les premières étapes de cet objectif en définissant des actions, des résultats et des buts concrets et en définissant la responsabilité partagée des différents intervenants participant à la réponse du Canada en matière de VIH/sida. Un groupe de champions pour *Au premier plan* étudiera les moyens à mettre en œuvre pour surveiller ces progrès.

Le gouvernement du Canada a établi un cadre de responsabilité et de gestion axé sur les résultats pour l'*Initiative fédérale* qui comprend une stratégie de collecte et d'analyse de données, des indicateurs de rendement et des objectifs quantifiables, des lignes directrices pour les outils de collecte de données, ainsi que la diffusion des données et les engagements en matière de rapports.

Des aspects de ces données d'évaluation seront reliées au *Rapport du Canada sur le VIH/SIDA*, un rapport publié chaque année qui présente les progrès annuels au public. La société civile participe à la collecte des données aux fins du rapport et présente des commentaires sur les ébauches du rapport. Des *rapports de surveillance* sont publiés sur une base semestrielle et les *Actualités en épidémiologie sur le VIH/SIDA* sont publiées chaque année. Ces communiqués présentent un résumé des données de surveillance provinciales et territoriales sur le VIH/sida au niveau national, ainsi qu'un aperçu de l'épidémiologie de VIH chez les différents groupes à risque. Ces rapports assurent la surveillance de l'état de l'épidémie, guident et évaluent la prévention en matière de VIH et contribuent à l'évaluation et à la gestion continues des risques.

ANNEXE 2 : Partie B

Indice composite des politiques nationales

I. Droits de la personne

- I. 1 Le pays dispose de lois et des réglementations qui protègent contre la discrimination des personnes vivant avec le VIH/sida (notamment des dispositions générales de non-discrimination ou des dispositions faisant spécialement mention du VIH qui mettent l'accent sur l'éducation, le logement, l'emploi, etc.).

Bien que le Canada ait promulgué des mesures législatives sur les droits de la personne, et bien qu'il les interprète de sorte à ce qu'elles incluent les personnes vivant avec le VIH/sida dans la catégorie des personnes ayant un handicap physique, l'exécution de ces mesures législatives demeure inadéquate. Dans la plupart des cas, il revient à la personne qui fait l'objet de discrimination 1) de connaître ses droits, 2) de reconnaître qu'elle a fait l'objet de discrimination, 3) de connaître les mécanismes de plainte auxquels elle peut avoir recours et 4) de vouloir porter plainte ou d'être en mesure de le faire. Ces mécanismes d'exécution comportent de nombreuses barrières pour les personnes vivant avec le VIH/sida et pour les groupes vulnérables de la population. Afin d'avoir accès à leurs droits fondamentaux, ces personnes doivent d'abord avoir accès à de l'information fondamentale sur les droits de la personne, à de l'information axée sur les droits et à des fournisseurs de services informés qui défendront leurs droits et les appuieront dans leur démarche. Étant donné la nature des stigmates associés au VIH/sida et la nécessité de respecter la nature confidentielle de l'information, les organisations communautaires de services liés au VIH/sida jouent un rôle de premier plan pour l'élimination de la discrimination puisqu'elles comblent le fossé existant en matière d'exécution de la loi en appuyant l'éducation et la défense des droits. Le rôle de l'éducation et de la défense des droits ne se limite pas à promouvoir les droits de la personne, mais il forme également une partie intégrante de l'exécution adéquate des dispositions législatives en matière de droits de la personne (en particulier pour les groupes vulnérables de la population qui, autrement, n'auraient peut-être pas accès à l'information ni aux ressources dont ils ont besoin).

Malgré les mesures de protection en matière de droits de la personne prises par le Canada, d'importants défis demeurent existants. Même si une personne a le courage d'avoir recours à un des mécanismes de réparation qui s'offrent à elle, le processus de réparation représente souvent un défi de taille qui requiert des ressources qui, parfois, n'en valent pas la peine. Une décision positive ne signifie pas nécessairement qu'un changement positif en résultera. Les décisions

rendues sont parfois même compromises par différents enjeux de compétence, comme dans le cas des questions autochtones, qui sont du ressort du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux.

I. 2 Le pays dispose de lois et de réglementations qui protègent contre la discrimination des groupes de personnes recensés comme particulièrement vulnérables au VIH/sida (par exemple, les utilisateurs de drogues injectables, les hommes homosexuels et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe, les jeunes, les populations mobiles et les détenus).

Le paragraphe 15(1) de la Charte canadienne des droits et libertés, qui s'applique à toutes les lois et à toutes les autres activités des gouvernements au Canada, stipule ce qui suit :

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

En vertu de la *Loi canadienne sur les droits de la personne*⁹, les personnes vivant avec le VIH sont protégées contre la discrimination fondée sur le VIH dans toutes les provinces et tous les territoires puisque le VIH est considéré comme étant une déficience dans le contexte de la loi anti-discrimination en ce qui concerne l'emploi, les biens et services, les installations et logements, ou l'accès à ces installations et logements, ainsi que l'occupation d'un local commercial ou de facilités de logement¹⁰. Ces mesures de protection s'appliquent aux secteurs privé et public. La Politique de la Commission canadienne des droits de la personne sur le VIH/sida stipule que :

Toute personne a le droit d'être traitée avec égalité, dignité et de façon non discriminatoire, quelle que soit sa situation par rapport au VIH/sida.

La *Loi canadienne sur les droits de la personne*¹¹ interdit toute discrimination pour des raisons de déficience. Les personnes infectées par le VIH/sida peuvent donc chercher protection aux termes de la *Loi canadienne sur les droits de la personne*. Les personnes qui ne sont pas séropositives pour le VIH peuvent aussi faire l'objet d'une discrimination à cause de leur adhésion réelle ou

⁹ Loi canadienne sur les droits de la personne : <http://lois.justice.gc.ca/fr/H-6/>

¹⁰ R. Elliott et J. Gold. Protection against discrimination based on VIH/sida status in Canada: the legal framework. *VIH/sida Policy & Law Review* 2005; 10(1): 20-31.

¹¹ Dépliant de la Commission canadienne des droits de la personne : *VIH-SIDA et la discrimination : Une question de droits*

apparente à un groupe à risque ou à cause de leur association avec une personne ou des gens infectés par le VIH/sida. Ces personnes peuvent également chercher protection aux termes de la Loi susmentionnée en invoquant comme motif de discrimination la perception de déficience. La Commission accélérera le processus d'enquête sur les plaintes portant sur des cas présumés de discrimination fondée sur le VIH/sida. Certains problèmes se posent lorsqu'on se fonde sur le concept de la déficience pour définir les obligations en matière de droits de la personne et l'interdiction de la discrimination. La discrimination fondée sur la séropositivité pour le VIH seulement, ainsi que la discrimination à l'égard de ceux qui sont vulnérables, devrait être interdite dans toutes les circonstances, y compris lorsqu'il n'est pas question de déficience.

La discrimination fondée sur l'orientation sexuelle est interdite dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. La discrimination fondée sur le sexe est également interdite, comme la discrimination fondée sur la séropositivité pour le VIH et sur l'orientation sexuelle. Toutefois, seulement un territoire du Canada (les Territoires du Nord-Ouest) a établi une protection explicite fondée sur l'identité sexuelle. La discrimination fondée sur la race ou l'origine ethnique est interdite. La discrimination fondée sur l'âge est interdite pour les personnes âgées de 18 à 65 ans (les jeunes et les personnes âgées ne sont habituellement pas couverts). La discrimination fondée sur l'utilisation de drogues injectables n'est interdite par aucune province ni aucun territoire. Toutefois, dans le contexte de l'emploi, certains tribunaux ont déterminé que la toxicomanie et la dépendance aux drogues constituent une déficience (ou un « handicap » selon la formulation du règlement applicable) en vertu de la loi et qu'il existe donc une obligation d'adaptation relativement à cette déficience, sans toutefois que cela ne crée un préjudice injustifié.

Il n'existe également aucune protection pour les professionnels et professionnelles du sexe contre la discrimination fondée sur leur recours au travail du sexe. Si une personne est accusée d'utiliser un espace pour la prostitution, le propriétaire de cet espace doit être avisé et peut faire face à des accusations criminelles et à une déclaration de culpabilité s'il ne prend pas les mesures requises pour expulser le professionnel ou la professionnelle du sexe de son logement, ce qui constitue une persécution à l'égard du professionnel ou de la professionnelle du sexe.

Les dispositions législatives anti-discrimination doivent être améliorées en termes de protection des jeunes, des transgenres, des utilisateurs de drogues injectables et des personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe. Selon une analyse de l'environnement réalisée par le AIDS Calgary Equality Project, il existe une pénurie d'information sur la discrimination associée au VIH au Canada. On ne sait pas quelle est la fréquence de la discrimination associée au VIH,

dans quels contextes elle se produit, quelles sont les réponses requises face à la discrimination fondée sur le VIH et de quelle manière les personnes touchées tentent d'obtenir réparation.¹² Les commissions des droits de la personne sont chargées de fournir réparation dans les cas de discrimination, et certaines d'entre elles offrent un mécanisme accéléré ou des lignes directrices spéciales pour les plaintes associées au VIH. Toutefois, certains se préoccupent des délais et des obstacles qui empêchent les commissions de répondre adéquatement aux plaintes associées au VIH, principalement en raison des contraintes en matière de ressources.

Le Canada doit mener des recherches supplémentaires pour obtenir une évaluation plus approfondie de l'étendue de la discrimination fondée sur la séropositivité pour le VIH et ce, dans les secteurs de l'emploi, du logement, du harcèlement, des établissements de soins de santé. Les commissions des droits de la personne seraient en mesure de fournir de l'information sur le nombre de plaintes déposées, qui, croit-on, correspond à une petite proportion des incidents réels associés à la discrimination.

Les complexités des questions juridiques pour les trois groupes autochtones au Canada (Premières nations, Inuit et Métis) peuvent entraîner un manque de cohésion en ce qui concerne la prestation des services. Des systèmes parallèles existent au Canada en raison des droits issus de traités et des droits autochtones qui procurent aux Autochtones un statut unique. Dans de nombreux cas, les peuples autochtones passent entre les mailles du filet et ils font souvent l'objet de discrimination fondée sur leur origine ethnique, sur leur séropositivité pour le VIH et, dans certains cas, de discrimination fondée sur leurs comportements à risque comme l'utilisation de drogues injectables.

- I. 3 Le Canada a établi certaines lois et certains règlements qui comportent des obstacles pour la prévention et le traitement efficace du VIH en ce qui concerne les groupes les plus à risque.

Tous les outils de prévention du VIH (par exemple, les préservatifs pour les hommes et pour les femmes, les lubrifiants, les seringues propres, le traitement de maintien à la méthadone) sont, en principe, disponibles et accessibles dans les collectivités du Canada. Toutefois, les pénitenciers canadiens n'ont pas tous un accès égal à ces outils puisque certains pénitenciers sont sous responsabilité provinciale ou territoriale (pour ceux qui servent des sentences de moins de deux ans) et certains sont sous responsabilité fédérale (pour ceux qui servent des sentences de deux ans et plus). Aucun pénitencier du Canada n'offre de seringues propres.

¹² Réseau juridique canadien VIH/sida (1998). *VIH/sida et discrimination : Un document de travail*

Un rapport publié en 2002¹³ indiquait que dans les pénitenciers du Nouveau-Brunswick, du Nunavut, de l'Île-du-Prince-Édouard et que dans certains pénitenciers des Territoires du Nord-Ouest, les préservatifs, les digues dentaires et les lubrifiants à base d'eau n'étaient toujours pas offerts aux détenus. La province de Québec fournit des préservatifs, mais pas de digues dentaires ni de lubrifiants à base d'eau. De plus, d'après ce même rapport de 2002, certains des pénitenciers provinciaux et territoriaux qui fournissent du matériel pour des relations sexuelles protégées le font principalement (ou uniquement) par l'entremise des services médicaux. Ainsi, les détenus qui veulent avoir accès aux préservatifs doivent en faire la demande au personnel, ce qui représente une barrière importante pour les détenus qui veulent avoir des relations sexuelles protégées. Dans le cas des établissements provinciaux en Ontario, la politique correctionnelle provinciale interdit spécifiquement aux détenus d'obtenir plus d'un préservatif à la fois ou d'en avoir plus de deux en leur possession. Service correctionnel Canada (SCC), qui est responsable des pénitenciers sous responsabilité fédérale, a établi une politique nationale selon laquelle les détenus ont accès aux préservatifs, aux digues dentaires, à un javellisant, aux lubrifiants et au traitement de maintien à la méthadone (suivi ou début du traitement). Il est aussi à noter que SCC a obtenu des avis scientifiques et techniques de l'Agence de santé publique du Canada sur les risques et les avantages des programmes d'échange des seringues en milieu carcéral.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a recommandé que pour éliminer les barrières qui nuisent à l'utilisation des outils de prévention dans les pénitenciers, les préservatifs, les digues dentaires, le javellisant et les lubrifiants à base d'eau devaient être plus facilement et plus discrètement accessibles aux détenus de tous les pénitenciers, dans toutes les sections des établissements, sans que ceux-ci aient à les demander.

En pratique, même dans la collectivité, les groupes les plus vulnérables (par exemple, les jeunes, les collectivités autochtones, les petites collectivités rurales, les réfugiés, les femmes qui font l'objet du trafic de personnes et les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe) ont un accès très restreint à ces outils de prévention. Depuis plus de dix ans, on recommande que les systèmes carcéraux canadiens mettent en place des programmes d'échange de seringues dans les pénitenciers.

La prestation de ces outils et programmes de prévention varie selon la province ou le territoire et selon la région sanitaire, surtout en ce qui concerne les préservatifs pour les femmes, les seringues, le traitement de maintien à la méthadone et le javellisant. Dans les petites collectivités, même lorsque ces outils de prévention sont accessibles, les personnes peuvent hésiter à s'en procurer dans les centres de santé ou dans les commerces pour ne pas que leur vie privée soit exposée. Les réfugiés, les immigrants et les femmes qui font l'objet du trafic de personnes peuvent ne pas avoir accès à ces outils et programmes de prévention étant donné les barrières linguistiques ou le manque de disponibilité. La ville de Vancouver (en Colombie-Britannique) a mis en place le premier projet pilote

¹³ Réseau juridique canadien VIH/sida : *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard* (2002).

officiel au Canada de site d'injection supervisée, et une évaluation approfondie a été entreprise pour déterminer les répercussions du programme sur les taux d'utilisation de drogues, de surdose, d'infection et de criminalité.

- I. 4 La promotion et la protection des droits de la personne sont expressément mentionnées, à des degrés et à des étendues variables, dans les stratégies sur le VIH et sur le sida.

Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010) est un plan d'action pancanadien, multilatéral et multisectoriel qui permet à toutes les régions du pays et à toutes les organisations participant à l'effort de lutte contre le VIH/sida de collaborer dans le cadre d'un effort de lutte global et à l'échelle du pays. L'approche et les mesures recommandées par *Au premier plan* reposent expressément sur les principes des droits de la personne. Les droits de la personne constituent l'une des valeurs fondamentales d'*Au premier plan* : « Chaque personne, sans égard à des facteurs tels que l'orientation sexuelle, la race, la culture, le sexe ou les comportements à risque, est importante et ses droits, notamment ses droits économiques, sociaux, culturels, civils, politiques et son droit à la santé, devraient être reconnus, respectés et promus. Aucune vie n'est remplaçable. Nous reconnaissons la dignité et la valeur de chaque personne. »

Les droits de la personne sont aussi mentionnés comme étant la quatrième raison de l'État actuel de l'épidémie : raisons pour lesquelles nous devons redoubler d'effort : « les stigmates et la discrimination menacent toujours les personnes séropositives et les communautés à risque ». Les stigmates peuvent engendrer des violations des droits des personnes vivant avec le VIH, y compris de la discrimination en ce qui concerne le logement, l'emploi, la santé et les services sociaux.

En vertu du plan détaillé *Engagement à l'égard de la justice sociale et des droits de la personne*, *Au premier plan* stipule qu'une réponse efficace au VIH « reconnaît et améliore les déterminants de la santé qui rendent les gens vulnérables au VIH et à la progression de la maladie; comprend ces déterminants du point de vue de l'éthique et s'engage à corriger les iniquités qui renforcent les déterminants; est fondée sur les droits de la personne et reconnaît que la protection des droits de la personne -- y compris le droit aux normes de santé les plus élevées possibles -- permet d'atteindre la justice sociale et les objectifs de ce Plan d'action ». *Au premier plan* stipule également que « la défense des droits est une partie essentielle de l'engagement à l'égard de la justice sociale et des droits de la personne. Lorsque les revendications d'un groupe défavorisé ne sont pas entendues ou prises en compte, d'autres personnes doivent s'unir à lui et défendre ses droits civils et politiques (p. ex., liberté de parole et d'association, leur liberté en regard de la torture), ses droits économiques, sociaux et culturels (p. ex., le droit au logement, à la nourriture, à un milieu de travail sécuritaire). Tous les intervenants en VIH/sida doivent défendre les droits des personnes vivant avec le VIH et des communautés à risque. Les déterminants de la santé

seront respectés lorsqu'il y aura une justice sociale, et il y aura une justice sociale lorsque les droits de chacun seront respectés ».

Dans la rubrique *Le Plan d'action : Ce que nous ferons d'ici à 2010*, la deuxième stratégie proposée stipule que nous devons « répondre aux facteurs sociaux et aux iniquités qui alimentent l'épidémie » en expliquant que « bien que la majorité des Canadiens connaissent la façon dont le VIH est transmis, peu d'entre eux sont conscients de l'effet qu'ont les déterminants sociaux de la santé sur les risques ou l'importance d'adopter à l'égard du VIH une approche fondée sur la justice sociale et les droits de la personne ». Dix-sept mesures spécifiques sont recommandées dans le cadre de la deuxième stratégie. Les droits de la personnes sont aussi mentionnés dans la cinquième stratégie, qui est la suivante : « Faire preuve de leadership dans les efforts mondiaux », et ce document recommande expressément au Canada d'intégrer les droits de la personne, y compris le droit à la plus haute norme atteignable de santé physique et mentale et les droits de la personnes pour les femmes, aux relations internationales du Canada par diverses méthodes et divers partenariats.

L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada : Renforcer l'intervention fédérale dans la réponse du Canada au VIH/sida remplace la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et doit contribuer à la réalisation d'*Au premier plan* grâce à la mise en œuvre d'une réponse complète et intégrée du gouvernement du Canada. Toutefois, *l'Initiative fédérale* ne s'appuie que très peu sur les droits de la personne. Elle mentionne brièvement les droits de la personne sous la rubrique *Développement du savoir*, en indiquant ce qui suit : « Fournir un appui à la recherche et à l'analyse portant sur les dimensions de la réponse du Canada au VIH/sida relatives aux aspects juridiques et éthiques et aux droits de la personne ». Sous la rubrique *Collaboration internationale*, *l'Initiative fédérale* stipule ce qui suit : « En collaboration avec l'Agence canadienne de développement international, Affaires étrangères Canada et d'autres intervenants, fournir un soutien technique et des avis sur les politiques ayant des enjeux mondiaux, comme les facteurs sexospécifiques, les droits de la personne, les microbicides, les vaccins et la réduction des méfaits. L'Agence canadienne de développement international, Affaires étrangères Canada et les partenaires fédéraux représenteront en collaboration le Canada dans le cadre de tribunes internationales sur le VIH/sida et la santé ».

Bien que *l'Initiative fédérale* stipule que le gouvernement fédéral contribuera de manière plus importante et plus efficace à l'élimination des barrières complexes relatives aux facteurs sociaux, biologiques et communautaires, ainsi que des barrières relatives aux droits de la personne, qui continuent d'alimenter l'épidémie, elle ne s'engage pas à régler les questions de droits de la personne à l'intérieur du pays et auxquelles font face les personnes vivant avec le VIH/sida ou qui y sont vulnérables, si ce n'est qu'en appuyant la recherche sur les droits de la personne. Le gouvernement du Canada devrait prendre des mesures plus dynamiques pour éliminer les barrières en matière de droits de la personne dans les cinq secteurs d'activités de *l'Initiative*, et les droits de la personne devraient être des principes fondamentaux et des activités explicites des programmes et des politiques, des communications et du marketing social, ainsi que de la

coordination, de la planification, de l'évaluation et de l'établissement de rapports (de même que du développement du savoir et de la collaboration internationale).

- I. 5 Le gouvernement du Canada, par son soutien politique et financier, a permis aux groupes vulnérables de participer à la conception des politiques sur le VIH et à la mise en oeuvre des programmes.

Ensemble, nous pouvons jouer un rôle de premier plan : plan d'action sur le VIH/sida pour l'ensemble du Canada a été préparé par un grand nombre d'organisations et de personnes de plusieurs secteurs qui participent à la réponse du Canada, dont des organisations représentant des groupes vulnérables et des personnes vivant avec le VIH. Depuis 2000, la société civile participe également à une série de consultations et de comités qui élaborent le plan d'action. Certains experts ont également participé à l'identification des orientations stratégiques et des objectifs spécifiques pour répondre à la question : « Que devons-nous faire pour optimiser la réponse canadienne sur le VIH/sida au cours des cinq prochaines années? ». Les résultats ont été utilisés pour entreprendre l'ébauche du plan stratégique. Le plan stratégique provisoire a ensuite fait l'objet d'une vaste consultation à l'automne 2003. Deux mécanismes de consultation ont été élaborés. Le premier consistait en une vaste consultation des participants canadiens du plus grand nombre de secteurs possible à la réponse sur le VIH/sida. Le deuxième processus visait à consulter directement les personnes vivant avec le VIH/sida et les groupes vulnérables. La consultation auprès des personnes vivant avec le VIH/sida et des groupes vulnérables a requis des mécanismes particulièrement innovateurs pour que le plus grand nombre de personnes possible se fassent entendre et aient la chance de participer au processus. Afin de guider la mise en oeuvre de cette consultation, on a formé un groupe consultatif de personnes vivant avec le VIH/sida, de Canadiens vulnérables et d'autres personnes pour qu'ils fournissent des conseils et des paramètres servant à définir les consultations en question. Tous ces efforts ont permis l'élaboration finale d'un plan stratégique, qui a été annoncé et lancé lors de la Journée mondiale du sida de 2003.

L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada encourage l'engagement et la collaboration accrûs de tous les ordres de gouvernement, des collectivités, des organisations non gouvernementales, des groupes professionnels, des institutions et du secteur privé. La plupart des organisations nationales ci-dessous sont appuyées financièrement par *l'Initiative fédérale* :

- Réseau canadien autochtone du sida
- Société canadienne du sida
- Réseau canadien d'info-traitements sida
- Association canadienne de recherche sur le VIH
- Fondation canadienne de recherche sur le sida
- Centre canadien d'information sur le VIH/sida
- Réseau juridique canadien VIH/sida
- Réseau canadien pour les essais VIH
- Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements

- Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale
- Coalition interagence sida et développement
- International Council of AIDS Service Organizations

Le Programme d'action communautaire sur le sida (PACS) est une composante de l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*. Le PACS est un programme financé par le gouvernement fédéral qui appuie les organisations communautaires locales, régionales, provinciales et territoriales qui luttent contre le VIH/sida dans sept régions du Canada : les provinces de l'Atlantique, le Québec, l'Ontario, le Manitoba/la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Nord (Territoires du Nord-Ouest, Nunavut et Yukon).

Les programmes du PACS reflètent les principes du développement communautaire; de la promotion de la santé; des partenariats et de la collaboration, de la santé publique; de la planification et de l'évaluation. Ces principes sont en harmonie avec l'orientation stratégique de l'*Initiative fédérale* : partenariat et engagement; intégration et reddition de comptes. Les fonds du PACS appuient des programmes dans les secteurs suivants :

- Initiatives de prévention pour prévenir le VIH dans les groupes considérés comme étant vulnérables au VIH.
- Promotion de la santé pour les personnes vivant avec le VIH/sida pour augmenter la capacité des personnes vivant avec le VIH de gérer leur état (services, traitement, soutien, emploi, études), et pour appuyer les personnes affectées par le VIH.
- Création d'environnements de soutien pour abaisser les barrières sociales qui empêchent les personnes vivant avec le VIH, les personnes à risque et celles affectées d'avoir accès aux soins de santé et aux services sociaux qui leur sont nécessaires. Les environnements ciblés comprennent (sans toutefois s'y restreindre) les pénitenciers, les traitements contre la toxicomanie, les groupes professionnels (infirmières, enseignants, pharmaciens, médecins, etc.), les lieux de travail, d'autres organisations sans but lucratif et le grand public.
- Renforcement des organisations communautaires pour augmenter les aptitudes et les compétences des personnes qui travaillent à tous les niveaux des organisations communautaires de lutte contre le VIH : les conseils d'administration, le personnel et les bénévoles.

Les ressources du PACS peuvent être octroyées pour le financement opérationnel des organisations de services liés au sida et pour des projets de durée limitée des organisations communautaires dont les programmes plus généraux se rapportent également au VIH/sida. Le PACS joue un rôle clé en influençant le développement et la mise en œuvre des programmes provinciaux et territoriaux conçus pour appuyer les efforts communautaires en matière de VIH/sida. Des rapports d'évaluation précédents de la Stratégie nationale sur le sida indiquent que le soutien continu du PACS fourni par le gouvernement fédéral est essentiel à la réussite de toute initiative du gouvernement fédéral en vue de prévenir la propagation du VIH et de créer des environnements sociaux appuyant les

personnes vivant avec le VIH/sida¹⁴. Le PACS constitue également un programme de financement de grande valeur puisqu'il améliore la participation multisectorielle au cadre de santé de la population.¹⁵

Il est important de souligner que l'inclusion et la participation des organisations communautaires ne signifient pas nécessairement que les groupes vulnérables participent de manière significative à l'effort de lutte. Les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe ne sont même pas désignées comme étant un groupe vulnérable dans l'*Initiative fédérale*, et les détenus et les utilisateurs de drogues injectables sont depuis longtemps mal représentés par les organisations communautaires de services liés au VIH/sida ou par les ONG nationales.

I. 6 Le Canada n'a pas de politique spécifique d'accès égal, entre les hommes et les femmes, à la prévention et aux traitements.

La santé est du ressort des provinces au Canada, mais la *Loi canadienne sur la santé* a pour mandat de faire en sorte que tous les Canadiens aient le droit d'avoir accès aux services de santé essentiels. Même si, officiellement, il existe au Canada l'accès universel aux soins de santé, les personnes vivant avec le VIH ou qui y sont vulnérables se heurtent toujours à des barrières lorsqu'elles tentent d'avoir accès à des services de santé et lorsqu'elles exercent leur droit à la santé. Le Canada n'a pas de politique spécifique pour les hommes et les femmes en matière de prévention et de traitement du VIH, mais il existe un cadre juridique qui régit l'accès égal aux soins en général.

Depuis peu, l'Agence de santé publique du Canada travaille avec la coalition du *Plan d'action intégral sur les femmes et le VIH au Canada* afin d'étudier la version préliminaire du cadre sur les approches à l'intention de groupes spécifiques pour l'*Initiative fédérale* et afin d'identifier les mesures et questions prioritaires qui doivent être étudiées au sujet des femmes dans chaque groupe vulnérable prioritaire de la liste de l'*Initiative fédérale*. Le *Plan d'action intégral sur les femmes et le VIH au Canada : direction 2006* (que l'on nomme « la Coalition ») a été créé par la société civile pour rassembler les personnes et les organisations qui répondent aux besoins des femmes qui vivent avec le VIH/sida ou qui en sont affectées au Canada pour que ces personnes et organisations unissent leur voix pour défendre certains enjeux politiques. La Coalition tente de défendre ces enjeux et d'influencer le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les administrations municipales pour qu'ils fournissent des services et des programmes de financement visant spécialement les services aux femmes vivant avec le VIH/sida, affectées par le VIH/sida ou qui y sont vulnérables.

Le but visé par la Coalition consiste à établir une série de demandes adressées aux gouvernements, à l'industrie pharmaceutique et à d'autres intervenants à propos de tous les aspects du VIH/sida, dont la prévention, les soins, les traitements, le soutien, la recherche et les initiatives stratégiques qui freineraient la progression alarmante de l'infection et qui apporteraient une solution au

¹⁴ Santé Canada. *ACAP Allocations for Regional HIV/AIDS Programming - A discussion paper*. Septembre 1999.

¹⁵ Susan Dann & Associates. *The PPHB Regional Office Role in HIV/AIDS*. Mai 2003.

manque d'information et de recherche en matière de traitements fondés sur le genre. La Coalition a défini une série de demandes regroupées sous un thème global : toutes les demandes doivent disposer des ressources adéquates et soutenues, y compris les ressources financières et humaines; elles doivent être appropriées sur les plans culturel et linguistique; et le processus décisionnel et de résolution des problèmes doit tenir compte des femmes qui ont le VIH.

En ce qui concerne la prévention et l'éducation en matière de VIH, la Coalition recommande l'adoption d'une approche globale en matière de santé sexuelle et reproductive et en matière de programmes de prévention, notamment un soutien amélioré et des ressources adéquates pour la recherche et le développement de microbicides et pour la création d'un plan de mise en application des microbicides qui assurera un accès abordable, gratuit et illimité aux microbicides. De plus, la Coalition recommande que des services durables et adaptés sur les plans culturel et linguistique soient fournis aux femmes qui font l'objet de violence et à leurs familles, et elle recommande que des stratégies et des programmes de prévention et d'éducation adaptés sur les plans culturel et linguistique soient élaborés à l'intention des Premières nations, des Métis et des Inuit par des Autochtones qui disposeront de ressources fournies par tous les ordres de gouvernement.

Des efforts supplémentaires doivent être menés par certains intervenants, dont les gouvernements, les établissements de santé, les fournisseurs de soins de santé et les femmes séropositives pour que des modèles adéquats soient établis pour la prestation de services de santé et de soutien qui reconnaissent et confirment les rôles multiples tenus par les femmes, ainsi que l'importance d'inclure ces rôles dans les plans de soin et de soutien. En ce qui concerne les soins, les traitements et le soutien fournis aux femmes, la Coalition présente les recommandations suivantes :¹⁶

- veiller à ce que des choix informés et des options de traitement (par exemple, la médecine complémentaire et parallèle) soient disponibles et spécifiques aux femmes;
- veiller à ce qu'un système de surveillance systémique post-approbation des médicaments pour les femmes (et leur traitement) soit mis en place; un tel système n'existe pas en ce moment;
- réaliser des enquêtes et des recherches sur la manière dont les stigmates et la discrimination deviennent des barrières à l'obtention et à la prestation des services de soutien et des soins. Les données recueillies pourraient être regroupées selon le sexe et l'âge;
- recueillir et fournir de l'information sur les traitements spécifiques aux hommes et aux femmes pour que : (a) les options de traitement soient aussi efficaces pour les femmes que pour les hommes et pour que les femmes soient traitées comme des femmes (et non seulement comme des mères), et pour que (b) les professionnels de la santé disposent d'informations spécifiques aux hommes et aux femmes;

¹⁶ *Plan d'action intégral sur les femmes et le VIH au Canada : direction 2006*, réunion des 1^{er} et 2 avril 2005, procès-verbal

- dans toutes les régions du pays, établir des normes relativement aux soins et améliorer l'accès aux traitements (ajouter rapidement le traitement aux listes de soins couverts);
- coordonner l'information relative aux traitements dans toutes les régions du Canada.

Les femmes reçoivent habituellement leurs résultats positifs pour le VIH plus tard que les hommes dans le cours de leur maladie (souvent pendant la grossesse) parce que de nombreux médecins et de nombreuses femmes croient toujours que les femmes courent peu de risque de contracter le VIH. Par conséquent, les femmes ne sont pas encouragées à subir des tests de dépistage ni à entreprendre un traitement au début de la maladie. Pourtant, le dépistage et le traitement pourraient leur permettre de demeurer en santé plus longtemps¹⁷.

Le diagnostic constitue un élément important de la gamme de services liés au VIH/sida, tout comme la prévention, les soins, le traitement et le soutien. D'autres centres de dépistage anonyme spécifiques à certains groupes doivent être créés, en particulier à l'intention des femmes. Les médecins doivent recevoir une formation plus efficace sur la manière dont ils peuvent reconnaître et traiter les signes et les symptômes des femmes qui subissent de la violence. La notification aux partenaires et la divulgation de l'information dans un contexte de violence à l'égard des femmes sont des questions qui ne sont pas traitées efficacement au Canada.

La discrimination à l'égard des femmes et l'incapacité du milieu médical de comprendre cette maladie chez les femmes empêchent également les femmes de recevoir des traitements efficaces. De nombreuses femmes séropositives se sentent intimidées par les médecins et peuvent ne pas poser autant de questions que les hommes séropositifs.

Les compagnies pharmaceutiques et le milieu médical doivent éliminer les barrières qui empêchent les femmes de participer aux études sur les médicaments. Les gouvernements doivent éliminer les barrières sociales et économiques qui empêchent les femmes d'avoir accès aux traitements. Les femmes doivent obtenir un meilleur soutien social et économique pour qu'elles puissent recevoir des traitements efficaces.

La pauvreté constitue une autre barrière en matière de traitement puisque les médicaments anti-VIH sont très dispendieux, et même si la majorité des coûts sont souvent couverts par les régimes provinciaux, les franchises, les co-paiements et les frais d'exécution d'ordonnance peuvent s'avérer prohibitifs pour les personnes à faible revenu. Les revenus des femmes sont moins élevés que ceux des hommes; de nombreuses femmes travaillent à temps partiel et elles

¹⁷ Société canadienne du sida. www.cdnaids.ca

sont souvent exclues des régimes de soins médicaux; de nombreuses mères placent les besoins financiers de leurs enfants et de leurs familles au-dessus de leurs propres besoins. Les traitements complémentaires et parallèles ne sont habituellement pas couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie, ce qui rend ces traitements inaccessibles pour de nombreuses femmes.

Essais cliniques : malgré les taux croissants de VIH chez les femmes, ces dernières sont déplorablement sous-représentées dans les essais cliniques, qui requièrent un engagement important au niveau du temps et une absence non rémunérée du travail. Les compagnies pharmaceutiques et les hôpitaux ne fournissent pas de services de garde d'enfants ni de montant compensatoire, et il est donc difficile pour les femmes de participer aux études. L'absence du travail peut soulever certaines questions de divulgation de l'état et certaines femmes préfèrent ne pas divulguer leur état sérologique relativement au VIH à leurs employeurs. Les femmes sont souvent exclues des essais de médicaments étant donné leur potentiel biologique de reproduction. De nombreuses femmes n'obtiennent pas le soutien requis à la maison, ce qui peut nuire à leur capacité de participer aux études.

Barrières associées au respect de la posologie : comme dans le cas des barrières associées au traitement, des facteurs sociaux et économiques empêchent les femmes séropositives de respecter la posologie de leurs médicaments. Toutefois, les femmes font face à un fardeau supplémentaire : comme elles ont toujours joué le rôle de soignantes pour leurs familles, elles consacrent une grande partie de leur temps et de leur énergie à prendre soin des autres. En ne prenant pas leurs médicaments ou en les prenant plus tard que ce qui est prescrit, les femmes séropositives peuvent abaisser leur niveau de santé en général. Les femmes requièrent une approche axée sur la famille en matière de soin et de traitement.

On doit souligner que très peu d'attention est accordée au rôle des hommes et des garçons et qu'il n'existe aucune politique fondée sur le genre pour les hommes et les garçons (par exemple, pour ralentir l'épidémie chez les hommes hétérosexuels). *L'Initiative fédérale* ne comprend non plus aucune analyse sur l'impact différentiel de l'épidémie de VIH/sida chez les hommes, les femmes, les jeunes filles et les garçons.

I. 7 Le Canada ne dispose d'aucune politique spécifique qui assure un accès équitable à la prévention et aux soins pour les groupes les plus à risque.

L'Initiative fédérale stipule que de nouveaux programmes seront créés en conjonction avec les programmes de prévention et de soin existants avec et pour les personnes vivant avec le VIH/sida, les hommes homosexuels, les utilisateurs de drogues injectables, les Autochtones, les détenus sous responsabilité fédérale, les jeunes et les femmes à risque de contracter le VIH, ainsi que les personnes

provenant de pays où le VIH est endémique. Toutefois, l'*Initiative fédérale* ne propose pas de mesures directes pour assurer un accès équitable à la prévention et aux soins pour les groupes les plus à risque. En ce qui concerne les pénitenciers, l'accès à la prévention et aux soins est inégal entre les détenus sous responsabilité provinciale et territoriale (ceux qui servent des sentences de moins de deux ans) et ceux sous responsabilité fédérale (ceux qui servent des sentences de deux ans et plus). Toutefois, aucune prison, qu'elle soit provinciale, territoriale ou fédérale, ne fournit de seringues propres.

Un rapport publié en 2002¹⁸ indiquait que dans les pénitenciers du Nouveau-Brunswick, du Nunavut, de l'Île-du-Prince-Édouard et que dans certains pénitenciers des Territoires du Nord-Ouest, les préservatifs, les digues dentaires et les lubrifiants à base d'eau n'étaient toujours pas offerts aux détenus. La province de Québec fournit des préservatifs, mais pas de digues dentaires ni de lubrifiants à base d'eau. De plus, d'après ce même rapport de 2002, certains des pénitenciers provinciaux et territoriaux qui fournissent du matériel pour des relations sexuelles protégées le font principalement (ou uniquement) par l'entremise des services médicaux. Ainsi, les détenus qui veulent avoir accès aux préservatifs doivent en faire la demande au personnel, ce qui représente une barrière importante pour les détenus qui veulent avoir des relations sexuelles protégées. Dans le cas des établissements provinciaux en Ontario, la politique correctionnelle provinciale interdit spécifiquement aux détenus d'obtenir plus d'un préservatif à la fois ou d'en avoir plus de deux en leur possession. Service correctionnel Canada (SCC), qui est responsable des pénitenciers fédéraux, a établi une politique nationale selon laquelle les détenus ont accès aux préservatifs, aux digues dentaires, à un javellisant, aux lubrifiants et au traitement de maintien à la méthadone (suivi ou début du traitement). Il est aussi à noter que SCC a obtenu des avis scientifiques et techniques de l'Agence de santé publique du Canada sur les risques et les avantages des programmes d'échange des seringues en milieu carcéral.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a recommandé que pour éliminer les barrières qui nuisent à l'utilisation des outils de prévention dans les pénitenciers, les préservatifs, les digues dentaires, le javellisant et les lubrifiants à base d'eau devaient être plus facilement et plus discrètement accessibles aux détenus de tous les pénitenciers, dans toutes les sections des établissements, sans que ceux-ci aient à les demander.

En pratique, même dans la collectivité, les groupes les plus vulnérables (par exemple, les jeunes, les collectivités autochtones, les petites collectivités rurales, les réfugiés, les femmes qui font l'objet du trafic de personnes et les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe) ont un accès très restreint à ces outils de prévention. Depuis plus de dix ans, on recommande que les systèmes carcéraux canadiens mettent en place des programmes d'échange de seringues dans les pénitenciers.

¹⁸ Réseau juridique canadien VIH/sida : *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard* (2002).

La prestation de ces outils et programmes de prévention varie selon la province ou le territoire et selon la région sanitaire, surtout en ce qui concerne les préservatifs pour les femmes, les seringues, le traitement de maintien à la méthadone et le javellisant. Dans les petites collectivités, même lorsque ces outils de prévention sont accessibles, les personnes peuvent hésiter à s'en procurer dans les centres de santé ou dans les commerces pour ne pas que leur vie privée soit exposée. Les réfugiés, les immigrants et les femmes qui font l'objet du trafic de personnes peuvent ne pas avoir accès à ces outils et programmes de prévention étant donné les barrières linguistiques ou le manque de disponibilité. La ville de Vancouver (en Colombie-Britannique) a mis en place le premier projet pilote officiel au Canada de site d'injection supervisée, et une évaluation approfondie a été entreprise pour déterminer les répercussions du programme sur les taux d'utilisation de drogues, de surdose, d'infection et de criminalité.

Le nombre de messages et de programmes de prévention à l'intention des jeunes Autochtones des Premières nations, des Métis et des Inuit est plutôt restreint¹⁹. Les messages présentés reposent parfois sur une approche autochtone globale qui est souvent inefficace. En particulier, les jeunes Inuit ne se retrouvent pas dans cette approche. Les jeunes Autochtones de moins de 15 ans et les utilisateurs de drogues injectables sont ceux qui nécessitent le plus de messages de prévention du VIH, mais ils sont également ceux qui sont les moins susceptibles d'être exposés à ces messages. L'éducation en matière de prévention doit débuter avant que les jeunes deviennent actifs sexuellement, et elle doit également porter sur l'utilisation de drogues injectables.

L'African and Caribbean Council on HIV/AIDS de l'Ontario a entrepris l'élaboration d'une stratégie nationale sur le VIH/sida pour les communautés noire, africaine et antillaise du Canada. Dans l'ensemble, les programmes de prévention ciblés sont bien conçus, mais les ressources sont nettement insuffisantes (puisque les fonds sont octroyés pour un projet ponctuel). Les initiatives de prévention sont grandement dirigées par des organisations communautaires qui travaillent en collaboration directe avec les groupes vulnérables. La plupart des messages de prévention au Canada ciblent les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les hommes homosexuels, les utilisateurs de drogues injectables et les jeunes. Un nombre restreint de messages ciblent les femmes, les groupes d'immigrants et les populations mobiles. Enfin, très peu d'initiatives de prévention ont été mises en œuvre pour les détenus, les transgenres et les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe.

I. 8 Le Canada dispose de politiques qui interdisent le dépistage du VIH obligatoire à des fins d'emploi générales (nomination, promotion, formation, avantages sociaux).

¹⁹ Réseau canadien autochtone du sida : Messages de prévention du VIH destinés aux jeunes Autochtones canadiens, mars 2004. http://www.caan.ca/french/grfx/resources/publications/youth_prevent_f.pdf

La Commission canadienne des droits de la personne (CCDP) a émis un énoncé de politique sur le sida en 1988. En juin 1996, la Commission a publié une version remaniée de cet énoncé, en se fondant sur les informations médicales, scientifiques et juridiques dont elle disposait à cette date. Les politiques de la CCDP reflètent les nombreuses dispositions législatives et politiques canadiennes²⁰.

La Commission n'acceptera pas comme *exigence professionnelle justifiée* (EPJ) ni comme *motif justifiable* (MJ) qu'une personne ne soit pas infectée au VIH/sida, sauf s'il est démontré qu'une telle exigence est essentielle à l'exécution sécuritaire, efficace et fiable des fonctions essentielles d'un emploi ou qu'il s'agit d'une exigence justifiée pour qu'une personne puisse être admissible à un programme ou à un service.

Les personnes séropositives pour le VIH ne posent pratiquement aucun risque aux personnes avec lesquelles elles interagissent au travail. Par conséquent, la Commission, n'appuie pas le dépistage du VIH avant ou après l'embauche. Une telle mesure pourrait engendrer de la discrimination injustifiée à l'égard des personnes séropositives.

Grâce aux nouveaux médicaments et aux nouvelles formes d'intervention, les personnes qui sont infectées au VIH peuvent maintenant continuer à mener des vies productives pendant de nombreuses années. Si des personnes dont le milieu de travail est bien adapté sont en mesure de continuer à travailler, elles devraient pouvoir le faire. Toute décision d'exclure une personne prise par une organisation et fondée sur des facteurs de santé et de sécurité doit reposer sur une évaluation individuelle appuyée par de l'information médicale et scientifique qui fait autorité et qui est à jour.

En ce qui concerne les travailleurs de la santé, la politique sur le VIH/sida de l'Association médicale canadienne stipule ce qui suit :

Rien ne justifie les examens préalables à l'emploi ou les contrôles périodiques de détection de l'anticorps du VIH chez les employés. L'AMC préconise la mise en œuvre de précautions universelles qui favoriseront la protection des travailleurs de la santé contre des patients qui pourraient être infectés, et vice versa.

La Commission canadienne des droits de la personne appuie cette politique.

La *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique*, qui s'applique à tous les ministères du gouvernement fédéral et à d'autres portions de la fonction publique, stipule que les employés ne sont pas tenus de subir des tests de dépistage obligatoires du VIH. Les règlements des droits de la personne au Canada reconnaissent que dans les plupart des environnements de travail des secteurs public et privé, les employés qui sont infectés au VIH ou au sida ne posent pas de risque sur la santé des autres employés. Comme dans le cas des

²⁰ Code canadien du travail, Partie II; Loi canadienne des droits de la personne; Loi constitutionnelle de 1982 (*Charte canadienne des droits et libertés*); Loi sur l'indemnisation des agents de l'État; Loi sur la protection des renseignements personnels; Loi sur l'emploi dans la fonction publique; Loi sur les relations de travail dans la fonction publique

autres maladies ou déficiences graves, ces employés sont encouragés à demeurer productifs aussi longtemps qu'ils le peuvent. Ils ne doivent pas faire l'objet de pratiques discriminatoires. La *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique* stipule également que les ministères doivent faire en sorte que les droits et avantages des employés infectés au VIH ou au sida soient respectés, que la santé et la sécurité au travail des employés qui courent un risque potentiel d'exposition au VIH soient protégées, et que les employés soient mis au courant des services d'information, d'éducation, de consultation et d'évaluation qui leur sont offerts dans la fonction publique relativement à l'infection à VIH et au sida.

Toutefois, d'autres questions associées à la participation à la main-d'œuvre des personnes vivant avec le VIH doivent faire l'objet de politiques supplémentaires au Canada. Puisque la nature et l'impact du VIH/sida se sont transformés au cours des dernières années, de nombreuses personnes vivant avec le VIH au Canada vivent plus longtemps mais vivent également avec des déficiences, ainsi qu'avec des restrictions quant à leurs activités et à leur participation au marché du travail. De nombreuses organisations communautaires de services liés au sida au Canada ont entrepris des travaux sur les questions reliées à la main-d'œuvre pour les personnes vivant avec le VIH, notamment la Société canadienne du sida, le Réseau canadien autochtone du sida, COCQ-sida, la British Columbia Persons with AIDS Society, le AIDS Committee of Toronto, la British Columbia Coalition of People With Disabilities, la Coalition interagence sida et développement (CISD), AIDS Calgary et le Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale (GTCVRS). Les personnes vivant avec le VIH font face à de nombreuses barrières lorsqu'elles veulent conserver leur emploi ou reprendre leur emploi après un congé d'invalidité ou de maladie. Au Canada, les personnes qui vivent avec des invalidités épisodiques telles que le VIH sont confrontées à plusieurs problèmes. Les membres de l'Episodic Disabilities Network ont identifié deux problèmes prioritaires : la sécurité du revenu et la participation à la main-d'œuvre. Comme dans le cas d'autres invalidités épisodiques, la nature imprévisible du VIH peut avoir un impact important sur le soutien du revenu.

La CISD s'efforce d'intégrer une approche fondée sur les droits de la personne au processus d'élaboration des politiques et de mettre en application les facteurs pratiques pour l'exécution des droits des employés et des obligations des employés en milieu de travail. La CISD produit du matériel et des ateliers de formation à l'intention des employeurs et des employés au sujet des lois relatives aux droits de la personne et à l'emploi au Canada et sur la manière dont ces lois sont particulièrement reliées au VIH/sida ainsi qu'aux autres invalidités mortelles, chroniques et épisodiques. Le GTCVRS dirige le projet de participation à la main-d'œuvre et de réinsertion sociale pour les personnes vivant avec le VIH et d'autres invalidités épisodiques. Ce projet s'appuie sur un réseau de groupes de travail sur les invalidités épisodiques afin d'identifier et d'analyser les politiques, les programmes et les pratiques publiques et privés de soutien du revenu en cas d'invalidité, ainsi que les problèmes liés au milieu de travail en vue de déterminer les forces, les lacunes et les barrières existantes. Cette connaissance sera ensuite transmise aux décisionnaires, aux employeurs, aux professionnels des ressources humaines, aux représentants du personnel, aux assureurs et à tous les autres

intervenants concernés. Enfin, le projet facilitera la participation de la main-d'œuvre en testant et en évaluant de nouveaux modèles souples en matière d'emploi et de soutien du revenu à l'intention des personnes vivant avec des invalidités épisodiques.

Au Canada, une amélioration pourrait être apportée si le secteur privé (en particulier les entreprises canadiennes qui font des affaires à l'étranger) adoptait le code de pratique sur le VIH/sida de l'Organisation internationale du travail (OIT). Pour le moment, le gouvernement du Canada ne donne aucun incitatif aux entreprises canadiennes qui font des affaires à l'étranger pour qu'elles se conforment au code de pratique sur le VIH/sida de l'OIT, ni aucune pénalité à celles qui ne s'y conforment pas.

I. 9 Le Canada dispose de politiques qui assurent l'examen et l'approbation des protocoles de recherches sur le VIH et le sida qui utilisent des sujets humains par un comité d'évaluation éthique national et local.

Les organisations qui peuvent présenter des demandes de fonds de recherche sur le VIH/sida à des organismes tels que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Fondation canadienne de recherche sur le sida ou des organisations provinciales de financement de la recherche en santé (par exemple, le Réseau ontarien de traitement du VIH) doivent pouvoir administrer un processus d'évaluation éthique conforme à l'Énoncé de politique des trois conseils sur le Code d'éthique de la recherche avec des êtres humains, qui définit les normes nationales pour les chercheurs canadiens²¹. Les principes généraux de l'Énoncé de politique des trois conseils canadiens comprennent : le respect de la dignité humaine; le respect du consentement libre et informé; le respect des personnes vulnérables; le respect de la justice et de l'inclusivité; l'équilibre entre les préjudices et les avantages; la minimisation des préjudices; la maximisation des avantages.

Bien que les comités d'éthique de la recherche soient assez nombreux dans les institutions universitaires et de recherche clinique, ceux-ci fournissent habituellement des services à leurs propres membres seulement, et les chercheurs communautaires non affiliés ne sont habituellement pas admissibles à ces services. La plupart des organisations communautaires de services liés au VIH/sida n'ont toutefois pas les mécanismes d'évaluation éthique de la recherche requis. Seulement quelques comités d'éthique de la recherche communautaire existent au Canada : les comités d'évaluation éthique autochtones, le Community-Based Research Centre, le Community Research Ethics Board of Alberta, le HIV/AIDS Research Ethics Board de l'université de Toronto. En général, le Canada ne dispose pas d'un nombre suffisant de comités d'éthique de la recherche axée sur le VIH/sida auxquels les chercheurs communautaires et les chercheurs cliniques ou universitaires peuvent avoir accès.

²¹ Conseil de recherches médicales, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie, Conseil de recherches en sciences humaines, août 1998. Texte complet disponible à l'adresse http://ncehr.medical.org/english/mstr_frm.html.

Par conséquent, les chercheurs communautaires ont difficilement accès à l'évaluation éthique, ce qui réduit leurs possibilités de financement annuel pour la recherche communautaire sur le VIH/sida. Afin de surmonter cette barrière, la stratégie utilisée par les chercheurs communautaires consiste à avoir recours aux partenariats avec des chercheurs universitaires.

En bout de ligne, ce problème a certaines répercussion sur l'exécution d'importants projets de recherche et sur la validité éthique de projets de recherche communautaire. Toutefois, dans de tels partenariats universitaires-communautaires, le mécanisme de demande d'évaluation éthique est pris en charge par le regroupement responsable des lignes directrices de l'établissement universitaire. Ces lignes directrices institutionnelles et les membres des comités d'éthique de l'université ne pas nécessairement sensibilisés aux questions éthiques découlant des méthodologies de recherche communautaire, ne comprennent pas nécessairement de représentants de la société civile ou des personnes vivant avec le VIH et n'offrent pas de forum d'orientation et de consultation éthique pour les chercheurs communautaires. De plus, les chercheurs qui présentent des protocoles aux comités d'éthique universitaires expérimentent de longs délais en ce qui concerne le processus d'évaluation et craignent que des obligations juridiques l'emportent sur la responsabilité éthique. Des valeurs de recherche scientifique dominantes sont également imposées aux chercheurs communautaires²². Dans la recherche en prévention sur le sida, il existe souvent une relation très étroite entre les groupes touchés et les chercheurs en comportements. Ces relations complexes posent certains défis en ce qui concerne les lignes directrices des institutions, qui, souvent, ne comprennent pas et ne reconnaissent pas les relations de recherche de collaboration. Plus précisément, les membres des comités d'éthique des institutions proviennent souvent des milieux de la recherche qui les ont placés au contrôle des mécanismes de recherche en raison de critères scientifiques et de financement. Dans le contexte de la recherche communautaire, le comité d'éthique doit connaître la distribution du pouvoir entre les chercheurs communautaires et les organisations dans lesquelles ils travaillent.

L'accès à l'évaluation éthique demeure une préoccupation programmatique pour la recherche communautaire. Les organisations et les chercheurs communautaires reconnaissent et respectent la nécessité de maintenir un comportement éthique en recherche. Toutefois, l'évaluation éthique des projets de recherche communautaire effectuée par des comités institutionnels traditionnels requiert des partenariats qui, selon eux, peuvent ne pas permettre et ne pas comprendre les objectifs de la recherche communautaire. La recherche communautaire pourrait éliminer la barrière systémique qui existe en matière d'évaluation éthique en formant des comités d'éthique communautaires compétents et impartiaux. Ces comités devraient être sensibilisés aux questions qui accompagnent souvent les projets de recherche sur le VIH/sida, ainsi qu'à la

²² Bulletin canadien VIH/sida et droit. Ethical Review in Community-Based VIH/sida Research. Volume 5, numéro 1, automne-hiver 1999

nature multidisciplinaire de la recherche communautaire. L'établissement d'une infrastructure d'éthique de la recherche communautaire encouragerait également l'indépendance accrue des chercheurs non universitaires et augmenterait leur niveau de sensibilisation à l'égard des questions d'éthique. Ces comités d'éthique de la recherche communautaire pourraient aussi offrir d'autres avantages, dont les suivants :

- la prise en charge par le milieu du processus d'évaluation éthique favoriserait l'indépendance de la recherche communautaire, ce qui contribuerait également à l'acquisition des compétences requises pour établir des relations plus équilibrées avec les partenaires de la recherche universitaire;
- l'évaluation éthique accélérée au niveau communautaire réduirait les délais d'exécution de la recherche;
- les comités d'éthique communautaires fourniraient de l'orientation et des conseils directement aux chercheurs communautaires et au milieu de la recherche;
- les membres du milieu seraient plus réceptifs à la recherche communautaire grâce à une participation accrue des pairs au processus d'évaluation éthique;
- l'autonomie de l'évaluation éthique communautaire faciliterait la compréhension des méthodologies de recherche moins traditionnelles. Le processus d'évaluation éthique exécuté par les comités d'éthique communautaires serait probablement moins rigide et moins stéréotypé. Il accorderait aussi la priorité à des aspects éthiques différents de ceux privilégiés par les comités d'éthique universitaires ou cliniques.

Les chercheurs communautaires demandent qu'un comité d'éthique de la recherche communautaire soit créé depuis au moins 1999 afin d'éliminer les barrières systémiques auxquelles font face les chercheurs communautaires. Ce comité devrait avoir le pouvoir d'évaluer, d'approuver et de rejeter les propositions de recherche, et il devrait pouvoir exécuter des tâches positives en fournissant des conseils en matière d'éthique aux chercheurs et aux organisations. Le comité d'éthique de la recherche communautaire encouragerait les principes de l'équité et de l'accès, de sorte que tout projet de recherche communautaire au Canada pourrait bénéficier de l'évaluation éthique et des conseils en matière d'éthique fournis par le comité. Enfin, les chercheurs et les organisations communautaires devraient être mis au courant de l'existence de tout comité d'éthique de la recherche communautaire, ce qui pourrait être fait par l'ajout d'informations sur les personnes-ressources aux demandes de subvention de recherche communautaire des IRSC.

I. 10 Le pays dispose-t-il des mécanismes de surveillance et d'exécution suivants?

Collecte d'information sur les droits de la personne, sur le VIH et le sida et utilisation de cette information pour l'élaboration et la réforme des	Oui	Non
--	-----	-----

politiques et des programmes. Il n'existe aucun mécanisme officiel et normalisé pour la surveillance aux niveaux provincial, régional et national des droits de la personne en matière de VIH/sida.		
Existence d'institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de la personne, y compris des commissions de droits de la personne, des commissions de réforme du droit et des protecteurs du citoyen qui examinent des questions reliées au VIH et au sida dans le cadre de leur travail.	Oui	Non
Établissement de points centraux au sein du ministère de la santé et d'autres ministères pour surveiller les abus en matière de droits de la personne reliés au VIH.	Oui	Non
Établissement d'indicateurs de rendement ou de points de repère pour assurer la conformité aux normes en matière de droits de la personne dans le contexte des efforts de lutte contre le VIH et le sida.	Oui	Non

I. 11 Les membres de l'appareil judiciaire n'ont reçu aucune sensibilisation ni aucune formation pour traiter les questions reliées au VIH, au sida, et aux droits de la personne qui peuvent se présenter dans le cadre de leur travail.

L'Institut national de la magistrature (INM) est une organisation indépendante et sans but lucratif au service de l'appareil judiciaire canadien qui planifie, coordonne et fournit de la formation pour les juges sur le droit, l'art d'être juge et le contexte social. L'INM travaille également en partenariat avec de nombreuses autres organisations et fait la promotion de la formation offerte par ces organisations et ce, aux niveaux national et international. D'après l'INM, aucun cours de formation n'est offert aux juges pour les sensibiliser aux questions reliées au VIH/sida dans le contexte des droits de la personne ou d'autres questions de droit.

I. 12 Les services de soutien juridique suivants sont-ils offerts dans votre pays?

Systèmes d'aide juridique pour le traitement des dossiers de VIH et de sida Il n'existe que quelques organisations d'aide juridique qui effectuent le traitement des dossiers de VIH/sida (la HIV & AIDS Legal Clinic of Ontario, la Clinique juridique communautaire de l'Université d'Ottawa, le Comité des personnes atteintes du VIH du Québec), mais les autres organisations d'aide	Oui	Non
--	------------	-----

juridique ne sont pas spécialisées pour le traitement des dossiers de VIH/sida.		
Soutien de l'État aux cabinets d'avocats du secteur privé ou aux centres universitaires pour qu'ils fournissent des services juridiques bénévoles gratuits aux personnes vivant avec le VIH et le sida lorsque des problèmes tels que la discrimination se présentent	Oui	Non
Programmes d'information et de sensibilisation à l'intention des personnes vivant avec le VIH et le sida à propos de leurs droits De nombreuses organisations communautaires de services liés au sida au Canada fournissent des services aux personnes vivant avec le VIH pour qu'elles comprennent mieux leurs droits (par exemple, le Réseau juridique canadien VIH/sida, le Réseau canadien autochtone du sida, la Société canadienne du sida, COCQ-sida, la British Columbia Persons with AIDS Society, le AIDS Committee of Toronto, la Coalition interagence sida et développement, AIDS Calgary et le Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale).	Oui	Non

I. 13 Le gouvernement du Canada dirige des programmes qui sont conçus pour transformer les attitudes sociétales de discrimination et de stigmatisation associées au VIH et au sida en attitudes de compréhension et d'acceptation.

La plupart des initiatives d'information, d'éducation et de communication qui visent à modifier les attitudes sociétales de discrimination et de stigmatisation sont locales ou régionales, sporadiques et de durée limitée (principalement dans le cadre de la Semaine nationale de sensibilisation au sida, de la Semaine de sensibilisation des Autochtones sur le sida et de la Journée mondiale du sida). Le Centre canadien d'information sur le VIH/sida (un programme de l'Association canadienne de santé publique) a produit des documents d'information dans le cadre de sa campagne de marketing social « Changez le monde » qui met l'accent sur la réduction des stigmates et de la discrimination auxquels font face les personnes infectées ou affectées par le VIH/sida et qui est financée par l'Agence de santé publique du Canada. Cette campagne a été créée à l'occasion de la Semaine canadienne de sensibilisation au VIH/sida et de la Journée mondiale du sida (2005). Le Réseau canadien autochtone du sida a entrepris la mise en œuvre d'un projet autochtone anti-discrimination à l'égard du VIH/sida qui est également appuyé par l'Agence de santé publique du Canada. Depuis un an, la Division VIH/sida travaille aussi avec des intervenants à l'élaboration d'une stratégie nationale de marketing social dirigée par l'ASPC en vue de réduire les

*Rapport de 2006 du gouvernement du Canada sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de
l'UNGASS*
**stigmates et la discrimination à l'égard du VIH/sida définis par l'Initiative
fédérale.**

II. Participation de la société civile

II. 1 La société civile a grandement contribué au renforcement de l'engagement politique des hauts dirigeants et à la formulation de la politique nationale.

Ensemble, nous pouvons jouer un rôle de premier plan : plan d'action sur le VIH/sida pour l'ensemble du Canada a été préparé par un grand nombre d'organisations et de personnes de plusieurs secteurs qui participent à la réponse du Canada, dont des organisations représentant des groupes vulnérables et des personnes vivant avec le VIH. Depuis 2000, la société civile participe également à une série de consultations et de comités qui élaborent le plan d'action. Certains experts ont également participé à l'identification des orientations stratégiques et des objectifs spécifiques pour répondre à la question : « Que devons-nous faire pour optimiser la réponse canadienne sur le VIH/sida au cours des cinq prochaines années? ». Les résultats ont été utilisés pour entreprendre l'ébauche du plan stratégique. Le plan stratégique provisoire a ensuite fait l'objet d'une vaste consultation à l'automne 2003. Deux processus de consultation ont été élaborés. Le premier consistait en une vaste consultation des participants canadiens du plus grand nombre de secteurs possible à la réponse sur le VIH/sida. Le deuxième processus visait à consulter directement les personnes vivant avec le VIH/sida et les groupes vulnérables. La consultation auprès des personnes vivant avec le VIH/sida et des groupes vulnérables a requis des mécanismes particulièrement innovateurs pour que le plus grand nombre de personnes possible se fassent entendre et aient la chance de participer au processus. Afin de guider la mise en œuvre de cette consultation, on a formé un groupe consultatif de personnes vivant avec le VIH/sida, de Canadiens vulnérables et d'autres personnes pour qu'ils fournissent des conseils et des paramètres servant à définir les consultations en question. Tous ces efforts ont permis l'élaboration finale d'un plan stratégique, qui a été annoncé et lancé lors de la Journée mondiale du sida de 2003.

La société civile – principalement dirigée par les organisations non gouvernementales nationales sur le sida, les organisations communautaires de services liés au sida et les coalitions régionales – joue un rôle actif en analysant et en influençant les politiques canadiennes qui se rapportent aux personnes vivant avec le VIH/sida ou qui y sont vulnérables. De nombreuses organisations de la société civile participent activement à l'analyse des politiques, à l'éducation, à la défense des droits et à la mobilisation communautaire. Les organisations de la société civile utilisent diverses stratégies de défense des droits (campagnes d'envoi de lettres, pétitions, démonstrations, démarchage et rencontres en personne) pour demander aux politiciens, au gouvernement et à d'autres décideurs de régler les problèmes importants reliés au VIH/sida en utilisant de plus en plus une approche fondée sur les droits de la personne. La société civile canadienne insiste constamment pour être incluse dans les processus de formulation des politiques gouvernementales, que ce soit de manière officielle en tant que membre des comités consultatifs et des comités directeurs ou de toute autre manière dans le cadre des consultations avec les intervenants de la société civile.

II. 2 Les représentants de la société civile ont très peu participé au processus de planification et de budgétisation du plan stratégique national sur le VIH et le sida et du plan d'activité actuel.

Les organisations de la société civile oeuvrant dans le secteur du VIH/sida contribuent très peu à la répartition des fonds de l'*Initiative fédérale* entre les secteurs suivants : 1) programmes et politiques; 2) développement du savoir; 3) communications et marketing social; 4) coordination, planification, évaluation et établissement de rapports; 5) collaboration internationale. En général, la transparence est moins qu'optimale quant à la manière dont les fonds sont répartis entre ces secteurs d'intervention fédérale; par exemple, les ONG ne disposent que de très peu d'informations sur le plan complet d'appel d'offres et sur leurs secteurs d'intervention respectifs. Il existe également une certaine tension entre le gouvernement et les ONG relativement à la lenteur de l'attribution des fonds de l'*Initiative fédérale* aux organisations et au fait qu'une quantité insuffisante des fonds rejoignent les groupes vulnérables. À ce jour, même si les niveaux de financement de l'*Initiative fédérale* ont doublé entre 2003-2004 et 2008-2009, cela ne produit pas les effets escomptés dans les programmes de financement offerts à la société civile.

Une des critiques formulées par le secteur du VIH/sida de la société civile est qu'une partie importante des nouveaux fonds de l'*Initiative fédérale* pour le VIH/sida sera consacrée aux frais généraux et aux dépenses administratives de l'Agence de santé publique du Canada et d'autres ministères gouvernementaux responsables de l'administration de l'*Initiative fédérale*. On a demandé au gouvernement du Canada quels seraient les montants exacts des fonds d'opération et de gestion au sein des ministères gouvernements pour que la société civile veillent à ce que ces montants soient raisonnables par rapport aux fonds attribués aux subventions et aux contributions pour la recherche et les programmes non gouvernementaux sur le VIH/sida. La société civile craint que l'augmentation des fonds de l'*Initiative fédérale* pour le VIH/sida ne produisent pas des avantages proportionnels pour les ONG nationales, les organisations communautaires et les groupes vulnérables qu'elles desservent en raison des coûts administratifs élevés associés à l'Agence de santé publique du Canada nouvellement établie et à la complexité grandissante de l'épidémie de VIH au Canada.

II. 3 Les services complémentaires fournis par les organisations de la société civile dans les domaines des soins et de la prévention sont bien reconnus dans les plans stratégiques et les documents nationaux.

L'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* encourage l'engagement et la collaboration accrûs de tous les ordres de gouvernement, des collectivités, des organisations non gouvernementales, des groupes professionnels, des institutions et du secteur privé. Le développement communautaire est la pierre angulaire d'une réponse efficace au VIH/sida. En effet, une part importante des succès obtenus à ce jour en matière de réduction de la transmission du VIH et de soins et de traitement les personnes atteintes du VIH est le fruit de l'action des organismes bénévoles et sans but lucratif et des groupes communautaires. Par ailleurs, les fonds fédéraux ont été essentiels à l'établissement et au maintien de ce réseau communautaire pancanadien.

Le financement fédéral favorise la mise en place d'initiatives nouvelles et novatrices qui sollicitent encore davantage la participation des bénévoles, des intervenants du domaine de la santé et des chercheurs dans le cadre de programmes de prévention de l'infection à VIH et de soins, de traitement et de soutien pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Ces initiatives contribuent à la diminution du taux d'infection et aux progrès scientifiques dans le développement de nouvelles thérapies de traitement, des modes de dépistage plus fiables, des pratiques de soins de santé plus efficaces, un système de soutien communautaire renforcé et une meilleure connaissance de l'évolution de l'épidémie à l'échelle du Canada.

La plupart des organisations nationales ci-dessous sont appuyées financièrement par l'*Initiative fédérale* :

- Réseau canadien autochtone du sida
- Société canadienne du sida
- Réseau canadien d'info-traitements sida
- Association canadienne de recherche sur le VIH
- Fondation canadienne de recherche sur le sida
- Centre canadien d'information sur le VIH/sida
- Réseau juridique canadien VIH/sida
- Réseau canadien pour les essais VIH
- Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements
- Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale
- Coalition interagence sida et développement
- International Council of AIDS Service Organizations

Le Programme d'action communautaire sur le sida (PACS) est une composante de l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*. Le PACS est un programme financé par le gouvernement fédéral qui appuie les organisations communautaires locales, régionales, provinciales et territoriales qui luttent contre le VIH/sida dans sept régions du Canada : les provinces de l'Atlantique, le Québec, l'Ontario, le Manitoba/la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Nord (Territoires du Nord-Ouest, Nunavut et Yukon).

Les programmes du PACS reflètent les principes du développement communautaire; de la promotion de la santé; des partenariats et de la collaboration, de la santé publique; de la planification et de l'évaluation. Ces principes sont en harmonie avec l'orientation stratégique de l'*Initiative fédérale* :

partenariat et engagement; intégration et reddition de comptes. Les fonds du PACS appuient des programmes dans les secteurs suivants :

- Initiatives de prévention pour prévenir le VIH dans les groupes considérés comme étant vulnérables au VIH.
- Promotion de la santé pour les personnes vivant avec le VIH/sida pour augmenter la capacité des personnes vivant avec le VIH de gérer leur état (services, traitement, soutien, emploi, études), et pour appuyer les personnes affectées par le VIH.
- Création d'environnements de soutien pour abaisser les barrières sociales qui empêchent les personnes vivant avec le VIH, les personnes à risque et celles affectées d'avoir accès aux soins de santé et aux services sociaux qui leur sont nécessaires. Les environnements ciblés comprennent (sans toutefois s'y restreindre) les pénitenciers, les traitements contre la toxicomanie, les groupes professionnels (infirmières, enseignants, pharmaciens, médecins, etc.), les lieux de travail, d'autres organisations sans but lucratif et le grand public.
- Renforcement des organisations communautaires pour augmenter les aptitudes et les compétences des personnes qui travaillent à tous les niveaux des organisations communautaires de lutte contre le VIH : les conseils d'administration, le personnel et les bénévoles.

Les ressources du PACS peuvent être octroyées pour le financement opérationnel des organisations de services liés au sida et pour des projets de durée limitée des organisations communautaires dont les programmes plus généraux se rapportent également au VIH/sida. Le PACS joue un rôle clé en influençant le développement et la mise en œuvre des programmes provinciaux et territoriaux conçus pour appuyer les efforts communautaires en matière de VIH/sida. Des rapports d'évaluation précédents de la Stratégie nationale sur le sida indiquent que le soutien continu du PACS fourni par le gouvernement fédéral est essentiel à la réussite de toute initiative du gouvernement fédéral en vue de prévenir la propagation du VIH et de créer des environnements sociaux appuyant les personnes vivant avec le VIH/sida²³. Le PACS constitue également un programme de financement de grande valeur puisqu'il améliore la participation multisectorielle au cadre de santé de la population.²⁴

II. 4 La société civile s'attend à participer activement à l'évaluation périodique nationale du plan stratégique.

Chaque organisation qui reçoit des fonds de l'Initiative fédérale doit soumettre des propositions et des rapports d'étape au ministère gouvernemental qui administre ces fonds. De plus, chaque ministère dispose de plans de travail qui comprennent des éléments d'évaluation financés, et des rapports périodiques sont soumis au

²³ Health Canada. *ACAP Allocations for Regional HIV/AIDS Programming - A discussion paper*. September 1999.

²⁴ Susan Dann & Associates. *The PPHB Regional Office Role in HIV/AIDS*. May 2003.

Conseil des ministres relativement à l'état des dépenses de l'*Initiative fédérale*.

Aucun plan de surveillance n'a encore été établi pour le plan d'action du Canada. L'*Initiative fédérale* stipule que la coordination, la planification, l'évaluation et l'établissement de rapports seront améliorés afin d'optimiser les réponses fédérale et pancanadienne à l'épidémie et l'utilisation des ressources. On mettra l'accent sur le soutien de la mise en œuvre d'*Au premier plan*, sur l'élaboration de plans sur des sujets précis (par exemple, les vaccins, des approches spécifiques à certains groupes) et sur la stratégie d'évaluation pour l'*Initiative fédérale*. Les mécanismes d'amélioration de la participation des personnes vivant avec le VIH/sida ou qui y sont vulnérables feront partie intégrante de ce plan. Enfin, on exécutera les activités ci-dessous de coordination, de planification, d'évaluation et de surveillance pour l'*Initiative fédérale* :

- établir un groupe chargé de coordonner et d'harmoniser le travail des ministères et organismes participant à l'*Initiative fédérale*;
- élaborer un modèle intergouvernemental et multisectoriel à l'appui de la mise en œuvre d'*Au premier plan*;
- élaborer et mettre en œuvre des plans nationaux et régionaux qui sont conformes à *Au premier plan*;
- développer et mettre en œuvre une stratégie d'évaluation et de mesure du rendement. Le progrès atteint vers les buts de l'*Initiative fédérale* sera mesuré de façon continue;
- publier un rapport annuel à l'occasion de la Journée mondiale du sida; ce rapport constituera un élément clé de la stratégie de mesure du rendement.

Parce que le succès d'*Au premier plan* dépend d'un partenariat volontaire à l'échelle nationale, la responsabilité de l'orienter et d'en superviser sa mise en œuvre doit relever de tous les partenaires. Le processus de surveillance comportera probablement cinq étapes :

1. Engagement. Identifier les partenaires qui feront partie du plan collectif et obtenir leur engagement qu'ils y prendront part.
2. Rôles et responsabilités. Encourager chaque partenaire à définir son rôle et ses responsabilités lors de la mise en œuvre du Plan d'action en fonction de sa mission, de ses compétences et de ses ressources (c.-à-d. qu'est ce que chaque organisation peut apporter à notre effort collectif?).
3. Plans opérationnels. Demander à chaque partenaire de définir les étapes qu'il entreprendra au cours des cinq prochaines années afin de mettre en œuvre le Plan d'action; examiner les plans opérationnels dans le but de les comparer au Plan d'action et de cerner les lacunes (c.-à-d. existe-t-il des résultats ou des mesures énoncés dans le Plan d'action qui n'ont pas été abordés par au moins un partenaire?).

4. Superviser le progrès. Définir les mesures que nous utiliserons pour évaluer nos progrès et les renseignements fournis par les partenaires qui serviront à appuyer la supervision.

5. Orienter le Plan d'action. Se servir des renseignements provenant de la supervision pour élaborer des rapports d'étape, partager des stratégies efficaces et définir le besoin relatif à de nouveaux résultats ou mesures; apporter des changements au Plan d'action afin de répondre aux besoins et aux connaissances qui changent constamment.

II. 5 Dans quelle mesure le pays dispose-t-il d'une politique qui garantit que les protocoles de recherche sur le VIH/sida impliquant des sujets humains sont examinés et approuvés par un comité d'évaluation éthique national/local indépendant?

Les personnes qui défendent les points de vue de la collectivité, notamment les représentants des organisations de services liés au sida, les fournisseurs de soins et les personnes vivant avec le VIH/sida, représentent 50 % des membres du comité d'évaluation des Instituts de recherche en santé du Canada pour la recherche communautaire. Toutefois, ces représentants ne sont pas nécessairement membres d'autres comités d'évaluation de la recherche (par exemple, pour la recherche fondamentale ou clinique sur le VIH/sida). La société civile recommande fortement l'ajout de représentants de la collectivité à d'autres comités d'évaluation de la recherche.

III. Prévention

III. 1 Parmi les activités de prévention suivantes, quelles sont celles mises en oeuvre en 2003 et en 2005 en faveur de la stratégie/la politique de prévention du VIH ?

<i>(Vérifier tous les programmes qui sont mis en oeuvre au-delà de l'étape pilote et couvrent une partie significative des populations urbaines et rurales.)</i>	2005
a. Un programme de promotion d'informations précises sur le VIH et le sida par l'intermédiaire des médias	OUI
b. Un programme de marketing social des préservatifs À l'exception des campagnes de la Journée mondiale du sida dirigées par la Campagne mondiale du sida, il n'existe aucun message de prévention uniformisé au Canada (ni de message sur la promotion des préservatifs). Toutes les initiatives d'information, d'éducation ou de communication sur la prévention sont locales ou régionales, sporadiques et de durée limitée (principalement dans le cadre de la Semaine nationale de sensibilisation au sida et de la Journée mondiale du sida – par exemple, la campagne « pense-y », la campagne « Nous Jouons Safe » et la campagne « Condom Country »). En général, les collectivités produisent et diffusent leurs propres messages ciblés, étant donné les restrictions des commissions scolaires et la nécessité de produire des messages spécifiques à certains groupes de la population. La majorité des messages de prévention communautaire sont fondés sur des approches positives face au sexe et sur la réduction des préjugés, contrairement aux modèles fondés sur l'abstinence, puisque les organisations communautaires reconnaissent que la plupart des gens ont une vie sexuelle active ou utilisent des drogues. On leur transmet donc des messages d'information et de prévention qui les aideront à protéger leur santé.	OUI/ NON
c. Un enseignement relatif au sida en milieu scolaire pour les jeunes Le programme éducatif des écoles varie d'une province à l'autre et d'une commission scolaire à l'autre en ce qui concerne les messages sur l'utilisation de préservatifs et de seringues. Au Canada, il n'existe actuellement aucun programme uniformisé qui gère l'éducation sur le VIH/sida dans toutes les provinces et tous les territoires.	OUI/ NON
d. Des messages destinés à faire évoluer les comportements (Voir b ci-dessus.)	OUI/ NON
e. Le conseil et le test volontaires Les Canadiens qui choisissent de subir un test de dépistage du VIH peuvent choisir entre trois options différentes selon la province ou le territoire où le test est administré : un test nominatif, un test non nominatif ou un test anonyme. Conformément aux règlements de la province ou du territoire en matière de santé, les femmes subissent systématiquement un test de dépistage durant leur grossesse. Toutefois, en pratique, le consentement informé n'est pas toujours obtenu pour le dépistage prénatal du VIH.	OUI
f. Des programmes destinés aux personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe Les programmes de prévention destinés aux personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe varient d'une collectivité à l'autre, et très peu d'organisations	OUI/ NON

<p>se spécialisent en prévention du VIH/sida pour ce groupe en particulier. Les professionnels et professionnelles du sexe ne font pas partie de la liste des groupes vulnérables de l'<i>Initiative fédérale</i>.</p>	
<p>g. Des programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes Les programmes de prévention destinés aux hommes homosexuels et aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes varient d'une collectivité à l'autre même si ce groupe fait partie de la liste des groupes vulnérables de l'<i>Initiative fédérale</i>.</p>	OUI
<p>h. Des programmes destinés aux utilisateurs de drogues injectables, le cas échéant Les programmes de prévention destinés aux utilisateurs de drogues injectables varient d'une collectivité à l'autre même si ce groupe fait partie de la liste des groupes vulnérables de l'<i>Initiative fédérale</i>. En théorie, les programmes d'échange de seringues sont offerts au Canada, sauf dans les pénitenciers, où les politiques des institutions interdisent l'accès à des seringues propres. Depuis plus de dix ans, on recommande que les systèmes carcéraux canadiens mettent en place des programmes d'échange de seringues dans les pénitenciers.²⁵ Services correctionnel Canada a obtenu des avis scientifiques et techniques de l'Agence de santé publique du Canada sur les risques et les avantages des programmes d'échange des seringues en milieu carcéral. La ville de Vancouver (en Colombie-Britannique) a mis en place le premier projet pilote officiel au Canada de site d'injection supervisée, et une évaluation approfondie a été entreprise pour déterminer les répercussions du programme sur les taux d'utilisation de drogues, de surdose, d'infection et de criminalité.</p>	OUI
<p>i. Des programmes destinés aux autres groupes de population les plus à risque¹⁵ En principe, tous les outils de prévention du VIH (par exemple, les préservatifs pour les hommes et pour les femmes, les lubrifiants, les seringues propres, le traitement de maintien à la méthadone) sont disponibles et accessibles dans les collectivités du Canada. En pratique, même à l'extérieur des pénitenciers, les groupes les plus vulnérables (par exemple, les jeunes, les Autochtones, les petites collectivités rurales, les réfugiés, les femmes qui font l'objet du trafic de personnes et les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe) ont un accès très restreint à ces outils de prévention. La prestation de ces outils et programmes de prévention varie selon la province ou le territoire et selon la région sanitaire, surtout en ce qui concerne les préservatifs pour les femmes, les seringues, le traitement de maintien à la méthadone et le javellisant. Dans les petites collectivités, même lorsque ces outils de prévention sont accessibles, les personnes peuvent hésiter à s'en procurer dans les centres de santé ou dans les commerces pour ne pas que leur vie privée soit exposée. Les réfugiés, les immigrants et les femmes qui font l'objet du trafic de personnes peuvent ne pas avoir accès à ces outils et programmes de prévention étant donné les barrières linguistiques ou le manque de disponibilité.</p>	OUI/ NON
<p>j. La sécurité transfusionnelle</p>	OUI

²⁵ Réseau juridique canadien VIH/sida : *Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience* (2004).

La Société canadienne du sang sélectionne avec prudence tous les donateurs afin de minimiser la transmission potentielle de maladies infectieuses. Les dons de sang subissent des tests approfondis afin de détecter toute maladie infectieuse et de déterminer le groupe sanguin et la compatibilité.	
k. Des programmes de prévention de la TME du VIH	OUI
l. Des programmes pour garantir des précautions systématiques dans les centres de soins	OUI

IV. Soins et traitement

IV. 1 Parmi les activités suivantes, quelles sont celles qui ont été mises en oeuvre dans le cadre des programmes de soins et de traitement du VIH et du sida ?

<i>(Vérifier tous les programmes qui sont mis en oeuvre au-delà de l'étape pilote et couvrent une partie significative des populations urbaines et rurales.)</i>	2005
a. Dépistage du VIH dans le sang destiné aux transfusions La Société canadienne du sang sélectionne avec prudence tous les donateurs afin de minimiser la transmission potentielle de maladies infectieuses. Les dons de sang subissent des tests approfondis afin de détecter toute maladie infectieuse et de déterminer le groupe sanguin et la compatibilité.	OUI
b. Précautions systématiques	OUI
c. Traitement des infections opportunistes	OUI
d. Traitement antirétroviral La norme actuelle dans le cas du traitement anti-VIH comprend le recours à une association d'au moins 3 médicaments anti-VIH différents et de classes différentes. À l'heure actuelle, voici les deux classes majeures de médicaments anti-VIH que l'on retrouve sur le marché : <ul style="list-style-type: none"> ○ les inhibiteurs de la transcriptase inverse ou ITI; ○ inhibiteurs de la protéase ou IP. Les listes de médicaments couverts par les régimes publics de remboursement des médicaments varient d'une province à l'autre puisque l'assurance-maladie est du ressort des provinces. Outre les listes provinciales, 19 listes de médicaments sont utilisées par le gouvernement fédéral (par exemple, pour les anciens combattants, les Autochtones qui vivent dans les réserves ou les réfugiés). En général, lorsqu'une personne est hospitalisée, elle reçoit ses médicaments gratuitement puisque ces derniers sont considérés comme étant nécessaires sur le plan médical. <i>Bien que le Canada ait adopté des principes adéquats pour fournir l'accès au traitement, il est plus difficile de mettre ces principes en application. Il existe des incohérences importantes dans l'accès au traitement selon les régions géographiques et les sous-groupes en raison de la marginalisation de certains groupes vulnérables. La Loi canadienne sur la santé ne requiert des régimes d'assurance-maladie provinciaux ou territoriaux qu'ils couvrent les services nécessaires sur le plan médical fournis par les hôpitaux et les médecins, ce qui comprend les médicaments prescrits aux patients hospitalisés ou qui reçoivent une provision de médicaments lorsqu'ils quittent l'hôpital. Dans tous les autres cas, aucune exigence universelle n'oblige les régimes d'assurance-maladie publiques à couvrir le coût des médicaments. Les provinces couvrent le coût des médicaments pour (a) les personnes âgées (b) et les bénéficiaires de l'aide sociale (y compris les personnes souffrant d'invalidité); mais même si la</i>	OUI

<p><i>(Vérifier tous les programmes qui sont mis en oeuvre au-delà de l'étape pilote et couvrent une partie significative des populations urbaines et rurales.)</i></p>	<p>2005</p>
<p><i>province assume ces coûts, les particuliers doivent souvent payer les frais d'exécution d'honoraires ou un montant peu élevé de participation aux coûts. Seulement certaines provinces (la Colombie-Britannique et le Québec) fournissent un programme plus complet d'assurance-médicaments qui ne se limite pas aux personnes âgées et aux bénéficiaires de l'aide sociale, mais qui est offert à tous les résidents. Enfin, il existe des couvertures pour médicaments onéreux pour les personnes (qui ne sont pas des personnes âgées ni des bénéficiaires de l'aide sociale) qui doivent se procurer des médicaments dont les coûts sont exceptionnellement élevés. Ces programmes (par exemple, le programme d'assurance-médicaments Trillium de l'Ontario) sont fondés sur le revenu – c'est-à-dire qu'il existe une franchise qui est établie d'après le revenu annuel de la personne. Cette dernière paie elle-même le coût des médicaments jusqu'à concurrence de la franchise et le programme pour médicaments onéreux couvre les autres coûts.</i></p> <p>Habituellement les médicaments antirétroviraux sont couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux. Certains de ces médicaments ont une utilisation restreinte ou peuvent être obtenus si une exception est accordée par rapport aux règles régissant les listes de médicaments couverts. Toutefois, une telle démarche donne lieu à l'établissement de nombreux formulaires et à des coûts pour les médecins, qui doivent démontrer que leur patient répond aux critères d'exception. Par exemple, en Ontario, dans le cas du Tenofovir, les médecins ont dû fournir un test de génotype et les antécédents médicaux complets du patient; de nombreux médecins considèrent ce processus laborieux et coûteux. Il existe également des incohérences entre les listes de médicaments couverts par les régions sanitaires provinciales; chaque province réévalue sa liste d'après les recommandations du Programme commun d'évaluation des médicaments national. Dans certains cas, les provinces ne tiennent pas compte des recommandations (par exemple, l'Atavanavir ne paraît pas sur la liste du Manitoba ni sur la liste pour les Autochtones qui vivent dans les réserves).</p> <p>L'accès au traitement varie également d'un groupe à l'autre de la population. En milieu urbain, il est beaucoup plus facile d'avoir accès au traitement de manière confidentielle qu'en milieu rural. La Direction générale de la santé des Premières nations et es Inuits (DGSPNI) dispose de son propre système de listes de médicaments couverts pour les Autochtones qui vivent dans les réserves; toutefois, aucun secteur de compétence n'est responsable de l'accès au traitement pour les Autochtones qui vivent hors des réserves. Selon les ONG canadiennes, les femmes, les immigrants et réfugiés, ainsi que les utilisateurs de drogues illicites, ont un accès moins grand aux traitements antirétroviraux. Il existe également des différences entre l'accès aux traitements en région rurale et en région urbaine. Les régions rurales n'ont pas accès à un aussi grand nombre d'essais cliniques, et les femmes ne participent pas aux essais en aussi grande proportion que les hommes.</p>	
<p>e. Soins nutritionnels Il n'existe aucun programme officiel de soins nutritionnels pour les personnes</p>	<p>NON</p>

(Vérifier tous les programmes qui sont mis en oeuvre au-delà de l'étape pilote et couvrent une partie significative des populations urbaines et rurales.)	2005
vivant avec le VIH dans le cadre du système d'assurance-maladie. Des services nutritionnels sont fournis par certaines organisations communautaires de services liés au ou par des banques alimentaires.	
f. Soins prodigués en présence d'infections transmises sexuellement	OUI
g. Service de planning familial	OUI
h. Appui psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH et leur famille Les personnes vivant avec le VIH et leur famille reçoivent principalement de l'appui psychosocial par l'entremise des organisations communautaires de services liés au VIH/sida.	OUI
i. Soins à domicile Les soins à domicile sont du ressort des ministères provinciaux de la santé et ils varient d'une province à l'autre. En général, les soins à domicile fournis ne sont pas adéquats peu importe la maladie et l'état de santé. Les soins fournis aux personnes vivant avec le VIH/sida ne font pas exception.	OUI/ NON
j. Soins palliatifs et traitement des infections courantes liées au VIH : pneumonie, candidose buccale, candidose vaginale et tuberculose pulmonaire (DOTS)	OUI
k. Prophylaxie par cotrimoxazole parmi les personnes infectées par le VIH Une vaste gamme de traitements antibiotiques et antiprotozoaires sont disponibles pour les pneumonies <i>pneumocystis carinii</i> , les infections urinaires, les bronchites, les infections de l'oreille moyenne et la diarrhée par l'entremise des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie. Au Canada, le <i>cotrimoxazole</i> fait partie de toutes les listes de médicaments couverts par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie et peut porter l'un des noms suivants : Apo-Sulfatrim, Bactrim, Coptin, Novo-Trimel, Nu-Cotrimox, Roubac et Septra. Le <i>cotrimoxazole</i> est offert au Canada depuis plus de 20 ans.	OUI
l. Prophylaxie post-exposition (ex : exposition au VIH dans le cadre de sa profession, viol) Les normes de PPE varient d'une province et d'un territoire à l'autre.	OUI
m. Services de réadaptation pour les personnes vivant avec le VIH/sida Au Canada, le profil de l'infection au VIH se modifie graduellement puisque de nouveaux médicaments retardent la progression de la maladie et aident les personnes atteintes à vivre plus longtemps. Les personnes vivant avec le VIH, leurs familles, les fournisseurs de soins et ceux qui participent aux traitements, à l'éducation et à l'établissement des politiques dans ce domaine font face à de nombreux défis. Les personnes qui vivent plus longtemps avec le VIH doivent également faire face à des problèmes de fonctions et de structures corporelles, ainsi qu'à une limitation d'activité et à une restriction de participation. Ces effets peuvent être modérés et entraîner quelques inconvénients, ou ils peuvent être graves et incapacitants. La déficience s'entend de la perte de fonctions physiologiques ou psychologiques, par exemple la perte de force physique ou de la capacité intellectuelle. La limitation d'activité s'entend de l'incapacité d'exécuter des activités comme la marche ou le bain. La restriction de participation s'entend d'un désavantage qui limite l'accomplissement d'un rôle qui est considéré comme étant normal pour une personne, comme l'incapacité de retourner au travail. Ces défis se manifestent sur les plans physique, psychologique et social. La	NON

<i>(Vérifier tous les programmes qui sont mis en oeuvre au-delà de l'étape pilote et couvrent une partie significative des populations urbaines et rurales.)</i>	2005
réadaptation nécessite un ensemble d'efforts concertés et de collaboration. Les personnes vivant avec le VIH/sida ne peuvent pas toutes se prévaloir de services de réadaptation comme la physiothérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie, et les coûts de ces services ne sont pas couverts par plusieurs régimes provinciaux d'assurance-maladie lorsque le patient n'est pas hospitalisé. Le niveau de sensibilisation, l'accès et la qualité des connaissances et des services varient d'une province et d'un territoire à l'autre, ainsi que chez les fournisseurs de services et les personnes vivant avec le VIH/sida.	

ANNEXE 3

Indicateurs des comportements et de l'impact du programme national

Actuellement, le Canada ne recueille pas la majorité des données relatives aux nouveaux indicateurs de base pour les épidémies concentrées ou à faible prévalence. Des travaux sont en cours pour déterminer quels mécanismes et quelles ressources seront requis afin de recueillir ces données et afin de déterminer les priorités et la cohésion parmi ces indicateurs pour le *Rapport de l'UNGASS, l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada et Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida*.

En 2002, l'ASPC - en collaboration avec les services de santé provinciaux, régionaux et locaux, les intervenants communautaires et les chercheurs – a créé le I-Track, un système de surveillance améliorée des comportements à risque pour le VIH et l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues injectables, et ce système a été mis en place à différents sites sentinelles au Canada. Le I-Track fournira des données pour les indicateurs de l'UNGASS ainsi que pour d'autres types d'indicateurs. Une approche semblable a été mise en place pour les hommes homosexuels grâce à l'établissement du M-Track, un système de surveillance de deuxième génération qui examine les tendances de prévalence des maladies et les comportements à risque chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH) au Canada. L'établissement du E-Track, qui étudiera les comportements à risque chez les personnes qui proviennent de pays où le VIH est endémique, est actuellement en cours. Ces systèmes fourniront des données importantes pour que le Canada puisse modeler et surveiller ses réponses pour chaque groupe vulnérable, et ils fourniront de l'information améliorée pour le prochain rapport de l'UNGASS.

Indicateurs de base pour les épidémies concentrées et à faible prévalence	
I. Indicateur de l'UNGASS	II. Données du Canada
Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.	<ul style="list-style-type: none">• Aucune donnée nationale n'est disponible pour les HRSH.• Dans l'Ontario Men' Survey, une étude transversale qui a recruté 5 080 hommes homosexuels et bisexuels auto-déclarés, 77,7 % des hommes ont indiqué qu'ils avaient déjà subi un test de dépistage du VIH.²⁶• Dans les études ARGUS du M-TRACK auprès des HRSH à Montréal, 39,04 % des HRSH ont déclaré avoir subi un test de dépistage du VIH au cours des 12

²⁶ Myers, Allman et al, *Ontario Men's Survey*, 2004. p. 57.

	<p>derniers mois.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans les études du I-Track réalisées en 2003-2004 à Regina, Winnipeg, Toronto, Sudbury, Victoria et Edmonton, 57,8 % des UDI ont déclaré avoir subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois.
Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre	Le Canada ne recueille pas ces données.
<p>Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus</p> <p>POUR LES HRSH</p> <p>Les personnes peuvent se protéger contre le VIH en évitant d'avoir des rapports sexuels anaux.</p> <p>Les personnes peuvent se protéger contre le VIH, le virus qui cause le sida, en utilisant correctement un préservatif chaque fois qu'elles ont un rapport sexuel anal.</p>	<p>Aucune donnée disponible au niveau national</p> <p>Toutefois, des données sur deux des questions ont été recueillies auprès des HRSH dans le cadre des études ARGUS du M-Track à Montréal:</p> <p>83,6 %</p> <p>51,1 %</p>
Pourcentage des personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	<ul style="list-style-type: none"> • 80,6 % des personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe âgés de 15 à 24 ans ont déclaré qu'elles avaient utilisé un préservatif avec leur dernier client en 2003.²⁷
<i>Pourcentage d'hommes mentionnant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les études ARGUS du M-Track auprès des HRSH à Montréal, parmi les HRSH qui ont eu des rapports sexuels anaux au cours des 6 derniers mois, 64,6 % ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal.
Pourcentage de UDI ayant adopté des comportements propices à une diminution du risque de transmission du VIH, c'est-à-dire qui évitent d'employer un matériel d'injection non stérile et utilisent des	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les études du I-Track réalisées en 2003-2004 à Regina, Winnipeg, Toronto, Sudbury, Victoria et Edmonton, parmi les personnes qui ont eu des rapports sexuels et qui ont

²⁷ Agence de santé publique du Canada. *Street Youth in Canada. Findings from Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth, 1999-2003*. Rapport non publié. Novembre 2005.

préservatifs, au cours du dernier mois	utilisé des drogues injectables au cours du dernier mois, 27,7 % ont adopté des comportements sécuritaires.
Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes infectées par le VIH	<ul style="list-style-type: none"> • L'Ontario Men's Survey a demandé aux hommes de fournir un échantillon de salive. Parmi tous les hommes qui ont participé à l'enquête, 6,4 % ont été déclarés séropositifs, mais 28,4 % d'entre eux ont refusé de fournir un échantillon. Parmi ceux qui ont fourni un échantillon, 9,4 % étaient séropositifs.²⁸ • Dans les études ARGUS du M-Track, parmi les HRSH à Montréal, le taux de prévalence au VIH était de 12,4 %. • Dans les études du I-Track réalisées en 2003-2004 à Regina, Winnipeg, Toronto, Sudbury, Victoria et Edmonton, 12,5 % des UDI étaient séropositifs.

²⁸ Myers, Allman et al, *Ontario Men's Survey*, 2004. p. 62.

Autres indicateurs de l'UNGASS pour lesquels le Canada recueille des données	
Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME	<ul style="list-style-type: none"> Sur les 145 nourrissons exposés au VIH avant la naissance et nés en 2004, 139 (96 %) ont reçu une forme quelconque de prophylaxie antirétrovirale.²⁹
Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier	<ul style="list-style-type: none"> 62,2 %³⁰ (ESCC 2003) -- N.B. : cette question n'a été posée qu'aux personnes non mariées. Dans l'Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada³¹ (2002), 67,1 % des répondants ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. L'enquête portait sur les jeunes âgés de 12 à 21 ans qui fréquentent l'école.
Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le virus. Objectif : réduction de 20 % d'ici 2005; réduction de 50 % d'ici 2010	<ul style="list-style-type: none"> Sur les 145 nourrissons exposés au VIH avant la naissance nés en 2004, 3 (2 %) ont été déclarés séropositifs.³²
Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui possèdent des connaissances exactes complètes sur le VIH/sida	<ul style="list-style-type: none"> Dans l'Enquête attitudinale sur le VIH/sida (2003), parmi les personnes âgées de 15 ans et plus, 84 % ont répondu que des rapports sexuels non protégés peuvent transmettre le VIH. Dans la même enquête, 25 % ont indiqué qu'elles pensaient que le VIH pouvaient se transmettre par le baiser; mais seulement 17 % des personnes âgées de moins de 25 ans le pensaient.

²⁹ Agence de santé publique du Canada, *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2004*, p.28.

³⁰ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2.1, 2003.

³¹ Boyce, William et al., *Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada*, 2003.

³² Agence de santé publique du Canada, *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2004*, p.28.