



# LE Droit AUX Soins

L'HÉPATITE C PARMİ LES  
POPULATIONS PRIORITAIRES  
AU CANADA

# À propos du Réseau juridique VIH

Le Réseau juridique VIH fait valoir les droits humains des personnes vivant avec le VIH ou le sida et d'autres populations affectées de manière disproportionnée par le VIH, les lois et politiques punitives et la criminalisation, au Canada et dans le monde. Pour ce faire, nous nous appuyons sur la recherche et l'analyse, le contentieux et d'autres actions de plaidoyer, l'éducation du public et la mobilisation des communautés.

Le Réseau juridique VIH travaille sur le territoire appelé aujourd'hui Canada, qui est situé sur des terres visées par des traités, des terres volées et des territoires non cédés par des groupes et des communautés autochtones qui respectent et prennent soin de cette terre depuis des temps immémoriaux. Nous nous efforçons de remédier aux injustices persistantes et aux iniquités de santé qui en résultent pour les peuples autochtones. Ces injustices et iniquités contribuent à l'impact disproportionné de l'épidémie du VIH et de l'hépatite C sur les communautés autochtones. Nous nous engageons à apprendre à travailler en solidarité et à démanteler et décoloniser des pratiques et des institutions afin de respecter les peuples autochtones et leurs modes de connaissance et d'existence.



## REMERCIEMENTS

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

**Conception graphique :** Ryan White (graphiste agréé, Mixtape Branding)

**Traduction française :** Josée Dussault et Jean Dussault

## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                                 |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Contexte : La nature persistante du VHC .....</b>                                            | <b>4</b>  |
| Un point de mire sur les populations prioritaires .....                                         | <b>5</b>  |
| Une approche fondée sur les droits humains .....                                                | <b>6</b>  |
| <br>                                                                                            |           |
| <b>Réaliser les droits des populations prioritaires.....</b>                                    | <b>8</b>  |
| (1) Personnes qui utilisent des drogues.....                                                    | <b>8</b>  |
| (2) Personnes dans le système carcéral .....                                                    | <b>11</b> |
| (3) Personnes autochtones .....                                                                 | <b>13</b> |
| (4) Hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des<br>rapports sexuels avec des hommes ..... | <b>15</b> |
| (5) Migrant-es originaires de pays où la prévalence de<br>l'hépatite C est élevée.....          | <b>17</b> |
| <br>                                                                                            |           |
| <b>Progresser vers les soins .....</b>                                                          | <b>19</b> |
| <br>                                                                                            |           |
| <b>Références.....</b>                                                                          | <b>21</b> |

# Contexte : La nature persistante du VHC



L'élimination du virus de l'hépatite C (VHC) en tant que menace pour la santé publique au Canada est à notre portée.<sup>1</sup> Au cours de la dernière décennie, des progrès médicaux ont transformé la prévention, le dépistage et le traitement du VHC. Par exemple, l'avènement d'antiviraux à action directe (AAD) en 2014 a apporté pour la première fois un traitement curatif hautement efficace contre le VHC.<sup>2</sup> Le traitement consiste à présent en la prise quotidienne de comprimés pendant huit à douze semaines, avec des effets secondaires minimaux – et il permet de guérir 95 % des cas de VHC chronique.

Malgré cela, le VHC demeure répandu. En 2019, on estimait à 204 000 le nombre de personnes vivant avec le VHC au Canada, y compris 9 470 nouveaux cas.<sup>3</sup> La même année, 2 692 personnes sont décédées de causes liées au VHC, soit une augmentation de 7 % par rapport à 2015.<sup>4</sup> Le VHC demeure la maladie transmissible occasionnant le plus lourd fardeau au Canada; il est responsable de plus d'années perdues que toute autre maladie comparable.<sup>5</sup>

De nombreux facteurs contribuent à la persistance du VHC.<sup>6</sup> Par exemple, les services de réduction des méfaits (comme les programmes de distribution de seringues et d'aiguilles) ne sont pas offerts de manière uniforme à travers le pays, même s'il est démontré que 85 % des infections par le VHC sont dues au partage de matériel d'injection de drogues. En outre, le dépistage ponctuel de l'infection à VHC chronique n'est pas universel. Le dépistage de l'infection chronique n'est souvent effectué qu'après un résultat positif au dépistage de l'infection aiguë au VHC, et en présence de facteurs de risque pour l'infection chronique; ou les symptômes du VHC apparaissent généralement des années après le début d'une infection chronique, lorsque le foie a déjà subi d'importants dommages. De plus, vu le manque de services de dépistage aux points de service (DPS), qui fournissent un diagnostic immédiat et permettent d'amorcer le traitement le jour même, les personnes vivant avec le VHC doivent attendre leur résultat des jours ou des semaines et se rendre plusieurs fois chez leur prestataire de soins avant l'amorce du traitement.

## COMPRENDRE L'HÉPATITE C

Le VHC est une infection du foie qui se transmet par contact sanguin. La plupart des infections résultent de l'utilisation de matériel non stérile pour l'injection de drogues, de soins de santé non sécuritaires, de transfusions sanguines non dépistées et de pratiques sexuelles comportant une exposition à du sang. Une personne sur quatre guérira d'elle-même de **l'infection aiguë par le VHC**, mais d'autres développeront une **infection chronique** nécessitant un traitement. Non traité, le VHC chronique occasionne des dommages au foie pouvant entraîner une insuffisance hépatique et/ou un cancer. On estime que 20 à 30 % des personnes vivant avec le VIH contractent également le VHC. Pour les personnes vivant avec le VIH, les risques de progression de la maladie du foie et de décès sont accrus.

Sources : Organisation mondiale de la Santé, *Hépatite C : Principaux faits*, 18 juillet 2023, en ligne à [www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c); CATIE, *L'épidémiologie de l'hépatite C au Canada*, 2023, en ligne à [www.catie.ca/sites/default/files/2023-09/fs-epi-hcv-fr-09-2023.pdf](http://www.catie.ca/sites/default/files/2023-09/fs-epi-hcv-fr-09-2023.pdf); et M. Hull et coll., « CIRH Canadian HIV Trials Network Coinfection and Concurrent Diseases Core Research Group: 2016 Updated Canadian HIV/Hepatitis C Adult Guidelines for Management and Treatment », *Can J Infect Dis Med Microbiol* (2016).

## UN POINT DE MIRE SUR LES POPULATIONS PRIORITAIRES

Le fardeau du VHC touche de manière disproportionnée certains groupes ou « populations prioritaires »,<sup>7</sup> notamment les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes dans le système carcéral, les personnes autochtones, les hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (GBHRSH) et les migrant-es originaires de pays où la prévalence du VHC est élevée. En 2019, parmi les 387 000 personnes que l'on estimait avoir déjà contracté le VHC au Canada (soit 1,0 % de la population canadienne) :

- **61 600** étaient des personnes qui s'injectent des drogues (soit 46,1 % du nombre total de personnes qui s'injectent des drogues);
- **175 000** étaient des personnes ayant des antécédents d'injection de drogues (soit 44,9 % du nombre total de personnes ayant des antécédents d'injection de drogues);
- **4 050** étaient des personnes incarcérées (soit 10,7 % des personnes incarcérées);
- **134 000** étaient des personnes autochtones (soit 7,4 % des personnes autochtones);
- **23 400** étaient des GBHRSH (soit 3,7 % des GBHRSH); et
- **178 000** étaient immigrant-es (soit 1,5 % des immigrant-es).<sup>8</sup>

Ces populations prioritaires rencontrent de plus grands obstacles dans l'accès aux soins VHC en raison de la discrimination, de la stigmatisation et de la criminalisation.<sup>9</sup> L'élimination du VHC ne sera pas possible tant qu'on n'aura pas aboli ces obstacles aux soins de santé pour les populations prioritaires.

## UNE APPROCHE FONDÉE SUR LES DROITS HUMAINS

Une approche fondée sur les droits humains est essentielle pour éliminer le VHC en tant que menace pour la santé publique et pour vaincre les obstacles sociaux, culturels, économiques et autres à la jouissance des droits, y compris le droit à la santé. Cette approche fournit également un mécanisme permettant de responsabiliser les gouvernements quant à leurs promesses en matière de droits humains.<sup>11</sup>

Le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles présentent des points communs quant aux modes de transmission et aux interventions. Tous trois sont également influencés de manière analogue par les déterminants sociaux et structurels de la santé, de sorte que les communautés confrontées à des conditions socioéconomiques défavorables ou à la discrimination, notamment dans le cas de groupes clés, sont plus exposées aux infections et à des résultats de santé médiocres. Pour mettre fin à ces épidémies, la solution consiste à centrer sur la personne l'action du système de santé fondée sur les droits, en organisant les services de façon à répondre aux besoins des gens plutôt qu'en fonction des maladies et en favorisant les approches intégrées centrées sur le patient et les liens avec les services de soins de santé primaires.

Source : Organisation mondiale de la Santé, *Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030*, juillet 2022, en ligne à <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361200/9789240053816-fre.pdf?sequence=1>.



**Le droit à la santé :** Le droit à la santé n'est pas explicitement protégé en droit canadien. La protection du droit à la santé découle plutôt des droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne énoncés dans la *Charte canadienne des droits et libertés* (la *Charte*), de l'importance accordée à l'équité et à la justice des soins de santé dans la *Loi canadienne sur la santé*, de même que du droit au meilleur état de santé possible qui fait partie des obligations internationales du Canada en matière de droits humains.<sup>12</sup>

Au Canada, le droit à la santé englobe au minimum le droit d'accès aux soins de santé,<sup>13</sup> y compris à des services de réduction des méfaits – mais l'interprétation de ce droit par les gouvernements et les tribunaux est un sujet de débat.<sup>14</sup> Les normes internationales des droits humains stipulent que les soins de santé doivent être offerts en quantité suffisante, accessibles sans discrimination, adaptés aux besoins de diverses populations et de qualité.<sup>15</sup> En outre, les gouvernements doivent s'abstenir d'interférer – « de refuser ou de limiter l'accès égal de toutes les personnes, y compris les prisonnier(ère)s ou détenu-es, les minorités, les demandeur(-euse)s d'asile et les immigrant-es [en situation irrégulière], aux services de santé préventifs, curatifs et palliatifs ».<sup>16</sup>

**Obstacles :** De nombreux obstacles limitent la réalisation du droit à la santé pour les populations prioritaires.

La division des compétences en matière de soins de santé crée d'importantes incohérences dans la prestation des soins de santé par les provinces et territoires. Alors que le gouvernement fédéral est directement responsable des soins de santé des détenu-es fédéraux(-ales), des demandeur(-euse)s d'asile et des personnes autochtones vivant dans des réserves, et qu'il guide les provinces et les territoires, par le biais de la *Loi canadienne sur la santé*, dans l'établissement de systèmes de soins de santé publics, chaque province et territoire dispose d'un pouvoir discrétionnaire important pour déterminer qui est admissible et quels services sont inclus dans ses systèmes de soins de santé publics. Par conséquent, il n'existe pas de système de santé unique et coordonné – ni d'approche unique et coordonnée en matière de VHC. De fait, en 2023, Action hépatites Canada (AHC) a relevé d'importantes variations parmi les réponses fédérales, provinciales et territoriales au VHC.<sup>17</sup> AHC a constaté que sept provinces étaient en voie d'atteindre les objectifs d'élimination du VHC, mais que deux de celles qui n'étaient pas sur la bonne voie étaient les provinces les plus peuplées du pays.

## Comme l'a noté le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, à la suite de sa visite au Canada en 2019 :

Le nombre de paliers de gouvernement impliqués dans le système de soins de santé canadien donne à penser qu'il est complexe pour l'État de rendre des comptes dans le cadre du droit à la santé. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels déplorait en 1998 qu'« en accordant un pouvoir discrétionnaire quasiment illimité aux gouvernements provinciaux en matière de droits sociaux, le gouvernement canadien [a] crée une situation de nature à remettre en cause les normes fixées dans le Pacte et à amoindrir radicalement l'obligation de rendre compte de leur application ». <sup>18</sup>

Par ailleurs, la collecte de données complètes sur la santé n'est pas une pratique uniforme à travers le pays. Par exemple, il existe peu de données de qualité sur le nombre de personnes vivant avec le VHC. <sup>19</sup> Les données sont également limitées en ce qui concerne l'équité en santé, notamment concernant le nombre de personnes qui s'injectent des drogues ou le nombre de seringues et d'aiguilles distribuées, <sup>20</sup> tout comme les données intersectionnelles sur la cascade des soins pour les personnes faisant partie de deux populations prioritaires ou plus. Ainsi, on ne dispose donc pas d'un tableau clair des obstacles auxquels sont confrontées les populations prioritaires.

En outre, le VHC demeure fortement stigmatisé à travers le pays, parce que transmissible et associé à l'utilisation de drogues <sup>21</sup> et à d'autres populations prioritaires stigmatisées, comme nous le verrons plus loin.

**Lignes directrices et politiques habilitantes :** Le Canada a adopté plusieurs stratégies pour éradiquer le VHC, y compris parmi les populations prioritaires :

- En 2016, le Canada a adhéré à la *Stratégie mondiale de lutte contre l'hépatite virale (Stratégie 2016)*, appuyée par 194 États membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui appelait les États membres à se doter de plans d'action nationaux pour atteindre des objectifs spécifiques d'élimination du VHC. La *Stratégie 2016* soulignait la nécessité d'éliminer les obstacles aux soins, tels que la stigmatisation et la discrimination. <sup>22</sup>
- En 2018 et 2019, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a publié des stratégies d'élimination du VHC dans *Un cadre d'action pancanadien sur les ITSS : réduction des impacts sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030* <sup>23</sup> et *Accélérer notre intervention : plan d'action quinquennal du Gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang*. <sup>24</sup> Chaque province et territoire a adopté ces deux stratégies qui reprennent les objectifs de l'OMS et soulignent la nécessité d'éliminer les obstacles pour les populations prioritaires.
- Enfin, en 2022, le Canada a adhéré à la *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale (2022-2030)* de l'OMS (*Stratégie 2022*), mettant à jour et renouvelant les engagements de la *Stratégie 2016*. La *Stratégie 2022* souligne elle aussi la nécessité d'abolir les obstacles aux services de santé pour les populations prioritaires. <sup>25</sup> En 2024, l'ASPC a publié le *Plan d'action 2024-2030 du Gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)*, affirmant son engagement à atteindre les objectifs de l'OMS à l'horizon 2030 pour les ITSS. <sup>26</sup>

# Réaliser les droits des populations prioritaires



Chacune des populations prioritaires est confrontée à un ensemble distinct d'obstacles à la jouissance du droit à la santé. Par conséquent, la réalisation du droit à la santé à l'échelle nationale nécessitera des stratégies adaptées à leurs besoins particuliers. Ces stratégies doivent reconnaître que de nombreuses personnes s'identifient à plus d'une population prioritaire.

## (1) PERSONNES QUI UTILISENT DES DROGUES

Les personnes qui s'injectent des drogues constituent la population qui présente les taux d'infection par le VHC les plus élevés au pays. Une personne sur quatre s'injectant des drogues vit avec le VHC chronique. Environ 85 % des nouveaux cas de VHC sont dépistés chez des personnes qui s'injectent des drogues.<sup>27</sup> Malgré cela, les personnes qui s'injectent des drogues sont mal desservies par les systèmes de santé, au pays. Fait révélateur : jusqu'à 70 % des personnes qui s'injectent des drogues au Canada ne connaissent pas leur statut VHC.<sup>28</sup>

**Le droit à la santé :** Le droit à la santé existe sans égard à l'utilisation de drogues. Le refus de soins de santé fondé sur l'utilisation de drogues est une forme de discrimination.

En 2011, la Cour suprême du Canada a confirmé que l'action du gouvernement qui restreignait l'accès à un programme de réduction des méfaits pour les personnes utilisant des drogues constituait une violation du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne garanti par la *Charte*. Plus précisément, la Cour a jugé que le Gouvernement du Canada ne pouvait pas justifier de manière raisonnable le refus d'accès à un site de consommation supervisée aux personnes qui utilisent des drogues, car cette restriction privait ces personnes de « services salvateurs de protection de la santé » tels que la distribution de matériel d'injection stérile et la supervision de l'utilisation de drogues.

Le même principe existe en droit international des droits humains. La jouissance par les personnes qui utilisent des drogues de leur droit à la santé s'applique « indépendamment du fait qu'elles utilisent des drogues ».<sup>29</sup> L'interférence de l'État dans le droit à la santé au motif de l'utilisation de drogues est discriminatoire, sans égard au fait qu'une personne soit reconnue comme ayant une dépendance à la drogue ou que les politiques de l'État pénalisent cette consommation.<sup>30</sup> En effet, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé a affirmé que les États sont tenus de respecter, de protéger et de réaliser les droits humains, *y compris lorsqu'ils élaborent ou mettent en œuvre des politiques sur les drogues*.<sup>31</sup> Les *Directives internationales sur les droits humains et les politiques des drogues*, fondées sur le droit national, régional et international en matière de droits humains, confirment également que les États doivent prendre des mesures concrètes pour veiller à ce que des soins de santé soient fournis aux personnes qui utilisent des drogues, sans discrimination, et pour abroger leurs politiques qui nuisent à l'accès aux soins de santé.<sup>32</sup>

**Obstacles :** Le droit à la santé est régulièrement refusé à des personnes en raison de leur utilisation de drogues. Les personnes qui utilisent des drogues sont souvent exclues des systèmes de santé canadiens.

Plus précisément, les politiques canadiennes sur les drogues priorisent la punition au détriment de la santé. En dépit d'exemptions limitées pour certains services de réduction des méfaits, les activités associées à l'utilisation de drogues sont largement criminalisées.<sup>33</sup> La criminalisation perpétue la stigmatisation et la discrimination, y compris dans le milieu des soins de santé, car les personnes qui utilisent des drogues sont perçues comme dangereuses et téméraires.<sup>34</sup> En conséquence, des personnes se voient parfois refuser un traitement en raison de leur utilisation de drogues, sur la base d'une croyance selon laquelle il est peu probable qu'elles puissent être observantes au traitement, et ce malgré l'absence de preuves à cet égard.<sup>35</sup> En outre, des personnes sont dissuadées de recourir à la réduction des méfaits et à d'autres soins de santé en raison d'expériences stigmatisantes ou punitives, y compris la menace de la criminalisation.<sup>36</sup>

**De fait, des études ont révélé que l'antipathie à l'égard des services de santé, combinée à la stigmatisation liée au VHC et à l'utilisation de drogues, est un obstacle courant au dépistage du VHC.<sup>37</sup>**

Des recherches ont également démontré que les contacts fréquents de la police avec les personnes qui utilisent des drogues contribuent à un « environnement de risque pour la santé, par des voies telles que la confiscation de seringues et de naloxone ainsi que le harcèlement physique et verbal » qui peuvent conduire au partage de seringues, à l'injection précipitée et à l'isolement pour utiliser des drogues.<sup>38</sup> Il en résulte que les personnes qui utilisent des drogues sont confrontées à un risque accru de transmission du VHC.

Par ailleurs, les programmes de réduction des méfaits ne sont pas offerts de manière uniforme à travers le pays, même s'ils ont toujours été jugés rentables par rapport aux coûts des soins de santé à long terme pour le VHC.<sup>39</sup> Une étude de 2017 a révélé que seules deux provinces disposaient de politiques de réduction des méfaits adéquates, alors que de nombreuses autres provinces exigeaient l'abstinence de l'utilisation de drogues pour accéder aux soins de santé.<sup>40</sup> L'étude a conclu que peu de politiques provinciales offraient « une caractérisation solide de la réduction des méfaits ou allaient au-delà d'un soutien rhétorique ou générique à l'approche ». <sup>41</sup> D'importantes lacunes subsistent, plusieurs services cruciaux étant principalement offerts dans les villes de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de l'Ontario et du Québec (notamment les sites de consommation supervisée, qui offrent des services d'analyse des drogues et du matériel stérile pour l'utilisation de drogues).<sup>42</sup>

**Politiques habilitantes :** Malgré des obstacles persistants, le Gouvernement du Canada a adopté des amendements législatifs et des politiques qui favorisent l'accès aux soins de santé pour les personnes qui utilisent des drogues :

- En 2017, le gouvernement fédéral a modifié la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCIDAS) afin de remplacer les exigences législatives onéreuses par des exigences simplifiées pour l'obtention d'une exemption fédérale permettant d'exploiter un site de consommation supervisée, ce qui a permis la mise à l'échelle de ces sites.<sup>43</sup>
- En 2022, reconnaissant que « la consommation problématique de substances doit être abordée principalement comme un enjeu social et de santé » et que la criminalisation de la possession de drogues pour un usage personnel « peut accroître la stigmatisation liée à la consommation de drogues », le gouvernement fédéral a modifié la LRCIDAS pour autoriser la police et les procureurs à s'abstenir de porter des accusations pour possession de drogues pour un usage personnel.<sup>44</sup>
- En 2023, Santé Canada a publié une nouvelle *Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances* affirmant son engagement à promouvoir des « services et des soutiens liés à la consommation de substance qui soutiennent le continuum complet des soins, y compris le traitement, la réduction des méfaits et les options de rétablissement ». <sup>45</sup>

## PRATIQUES PROMETTEUSES

*KeepSix*, un site de consommation supervisée à Toronto, a intégré dans ses services un programme sur le VHC comprenant des services de dépistage au point de service<sup>46</sup> et des infirmier(-ère)s et médecins qui évaluent, prescrivent et fournissent des médicaments sur place. Une étude sur le programme a révélé que 43,5 % des participant-es ont reçu un résultat positif au dépistage du VHC entre 2018 et 2021, et que 67,2 % de ces personnes ont été arrimées à des soins et traitements. Les auteur-es ont constaté que « malgré les défis rencontrés par la population, la progression dans le continuum des soins a été bonne, pour les personnes diagnostiquées, dès le départ ou tout au long de l'étude. » Les chercheur(-euse)s ont conclu qu'il est à la fois possible et efficace d'offrir le dépistage et le traitement du VHC dans les sites de consommation supervisée.

Le Mainline Needle Exchange est un programme du Mi'kmaw Native Friendship Centre de la Nouvelle-Écosse qui vise à réduire la transmission du VHC (entre autres ITSS), à rehausser la sensibilisation aux enjeux sociaux et de santé touchant les personnes qui utilisent des drogues; et à responsabiliser cette population par l'éducation et le soutien. Dans le cadre de son programme « Brown Bag », Mainline a collaboré avec plus de 100 pharmacies pour accroître l'accès au matériel de réduction des méfaits. Dans chaque sac brun distribué par ses pharmacies partenaires, Mainline inclut dix seringues stériles et d'autres fournitures pour l'injection plus sécuritaire. Selon Action hépatites Canada, les taux de distribution de matériel d'injection aux personnes qui utilisent des drogues étaient élevés en Nouvelle-Écosse, en 2023, dépassant même les cibles recommandées pour l'élimination du VHC.

Sources : B. Lettner et coll., « Rapid hepatitis C virus point-of-care RNA testing and treatment at an integrated supervised consumption service in Toronto, Canada: a prospective, observational cohort study », *The Lancet Regional Health* 22(100 490) (2023). Mainline Needle Exchange, *Brown Bag Program*, en ligne à <https://mainlineneedleexchange.ca/brownbag>. Action hépatites Canada, *Rapport 2023 sur les progrès vers l'élimination de l'hépatite virale au Canada*, mai 2023, en ligne à [www.actionhepatitescanada.ca/rapport.html](http://www.actionhepatitescanada.ca/rapport.html).



## (2) PERSONNES DANS LE SYSTÈME CARCÉRAL

Le VHC est nettement plus répandu en prison que dans la communauté. Au Canada, environ 25 % des personnes incarcérées dans les prisons fédérales et provinciales ont déjà eu le VHC – un taux 40 fois supérieur à celui de la population générale.<sup>47</sup> En raison des effets persistants de la colonisation, les personnes autochtones sont à la fois surreprésentées dans le système carcéral et touchées de manière disproportionnée par le VHC. On estime que 28 % des hommes autochtones et 45 % des femmes autochtones incarcéré-es vivent avec le VHC.<sup>48</sup> La criminalisation des personnes qui utilisent des drogues a elle aussi augmenté le risque de transmission du VHC en prison; il est estimé que 76 % des personnes qui s'injectent des drogues au Canada ont des antécédents d'incarcération et que 50 % des personnes incarcérées ont des antécédents d'utilisation de drogues.<sup>49</sup>

**Le droit à la santé :** Les personnes qui doivent aller dans le système carcéral ne perdent pas leur droit à la santé et elles ont droit à des soins de santé équivalents à ceux offerts dans la communauté.

La *Charte* offre des protections de la santé et du bien-être des personnes incarcérées, que les tribunaux canadiens ont interprétées en se référant à l'*Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus des Nations Unies* (ou *Règles Nelson Mandela*).<sup>50</sup> La Règle 24 des *Règles Nelson Mandela* confirme que les personnes incarcérées doivent bénéficier de « soins de même qualité que ceux disponibles dans la société ». Pour remplir ces obligations, l'OMS a recommandé que les ministères de la Santé, plutôt que les ministères de la Justice, soient responsables des soins de santé en prison.<sup>51</sup>

En 2023, l'OMS et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) ont également publié un ensemble d'interventions recommandées pour la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH, de l'hépatite virale et des ITS pour les personnes en prison.<sup>52</sup>

Dans les établissements correctionnels fédéraux du Canada, la responsabilité des soins de santé incombe au Service correctionnel du Canada (SCC). En vertu de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, le SCC doit fournir les « soins de santé essentiels » et un « accès, dans la mesure du possible, aux soins de santé non essentiels » à toute personne incarcérée dans un établissement fédéral.<sup>53</sup> Ces soins de santé doivent « satisfaire aux normes professionnelles reconnues ».<sup>54</sup> Dans les ressorts provinciaux et territoriaux, la *Loi canadienne sur la santé* s'applique – et elle reconnaît de façon générale que « l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle [...], [est] déterminant. »<sup>55</sup>

**Obstacles :** Les personnes incarcérées se voient régulièrement refuser l'accès à des soins de santé qui sont offerts dans la communauté.<sup>56</sup>

Fait notable, la division des compétences en matière de soins de santé a créé un système inégalitaire. Par exemple, les personnes incarcérées dans des établissements fédéraux sont exclues de la *Loi canadienne sur la santé*, ce qui « crée des soins médicaux distincts, inégaux sur le plan opérationnel et inférieurs aux normes pour [...] les personnes incarcérées » dans les prisons fédérales, par rapport aux autres résident-es du Canada qui reçoivent des soins de santé par le biais de leurs gouvernements provinciaux.<sup>57</sup> De même, dans plusieurs provinces et territoires (p. ex., le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard, la Saskatchewan et le Yukon), les ministères de la Sécurité publique ou de la Justice sont chargés de fournir des soins de santé en prison tandis que les ministères de la Santé s'occupent des soins de santé aux personnes dans la communauté.<sup>58</sup>

Il existe donc d'importantes disparités dans les soins de santé d'une province et d'un territoire à l'autre. Par exemple, au palier fédéral, le SCC fournit de services de dépistage et de traitement universels non obligatoires pour les ITSS, y compris le VHC.<sup>59</sup> À l'inverse, au palier provincial, moins de 50 % des prisons offrent le dépistage universel du VHC et seulement 50 % permettent l'amorce d'un traitement contre le VHC.<sup>60</sup> Une étude réalisée en 2021 a révélé que seules deux provinces, la Colombie-Britannique et l'Île-du-Prince-Édouard, permettent l'amorce d'un traitement par AAD dans toutes leurs prisons.<sup>61</sup> Sans surprise, dans les ressorts où les soins de santé relèvent du ministère de la Santé, le traitement par AAD est plus susceptible d'être offert.<sup>62</sup>

Même dans les ressorts dotés de politiques complètes en matière de soins de santé, il existe des obstacles dans la pratique. Le manque de confidentialité en prison et la stigmatisation liée à certains problèmes de santé (y compris le VHC) ont été maintes fois cités comme des obstacles à l'accès aux soins de santé.<sup>63</sup> De plus, les liens limités entre les soins de santé dans la communauté et ceux en prison signifient que des personnes subissent des interruptions de leurs soins lorsqu'elles entrent en prison ou en sortent. Par exemple, des interruptions du traitement par agoniste opioïde (TAO) et du traitement d'AAD sont régulièrement signalées.<sup>64</sup> Dans les établissements provinciaux, la brièveté des peines d'incarcération exacerbe ces défis, vu les retards dans le diagnostic de maladies telles que le VHC et dans l'amorce du traitement.<sup>65</sup>

**Dans les prisons fédérales et provinciales, l'accès aux programmes de réduction des méfaits est également inadéquat, bien que l'utilisation de drogues (en particulier par injection) et le tatouage y soient répandus.<sup>66</sup>**

Au fédéral, le SCC permet aux personnes d'amorcer ou de continuer un TAO en prison et décourage l'arrêt non volontaire, mais on y recense encore des cas de personnes forcées d'abandonner le programme.<sup>67</sup> En outre, de récentes études ont montré que les personnes qui veulent amorcer un programme de TAO dans une prison fédérale font face à des temps d'attente de plusieurs mois, au cours desquels certaines déclarent avoir contracté des ITSS, y compris le VHC, en partageant du matériel d'injection de drogues.<sup>68</sup> D'autres obstacles ont été signalés, comme l'accès peu fiable aux médecins en prison, l'incohérence des pratiques de TAO entre les prisons, l'accès limité aux types de TAO préférés et des retards d'enchaînement des soins lors de la transition de la prison à la communauté.<sup>69</sup>

Le SCC a également mis en place un Programme d'échange de seringues dans les prisons (PÉSP), qui offre aux participant-es l'accès à du matériel d'injection stérile. Toutefois, au moment de la rédaction du présent rapport, ce PÉSP n'était en œuvre que dans 10 des 43 prisons fédérales, et la participation était faible, notamment en raison de la nécessité d'obtenir l'approbation du personnel de sécurité pour s'inscrire et de nombreuses autres violations de la confidentialité.<sup>70</sup> Le SCC fournit également des services de prévention des surdoses (SPS), y compris un espace désigné, l'analyse des drogues et du matériel stérile pour l'utilisation de drogues, sous la supervision de son personnel de santé. Au moment d'écrire ces lignes,

des SPS n'étaient en œuvre que dans trois établissements, et leurs horaires étaient limités. De plus, la confidentialité et les sanctions en cas d'utilisation de drogues continuaient de faire obstacle à une utilisation élargie de ces services.<sup>71</sup>

Au palier provincial, les écarts sont encore plus marqués. Il n'y a ni PÉSP ni SPS. Bien que la plupart des provinces offrent désormais le TAO dans leurs établissements, de nombreux obstacles continuent d'empêcher un recours plus large à celui-ci. Par exemple, la plupart des provinces et territoires – y compris le Manitoba, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard, le Québec, la Saskatchewan et le Yukon – ne permettent pas, en pratique, l'amorce du TAO pour les personnes qui ne le recevaient pas déjà dans la communauté.<sup>72</sup> Une enquête réalisée en 2018 auprès de médecins dans les prisons de l'Ontario a relevé plusieurs autres obstacles, notamment un soutien infirmier insuffisant, un manque de ressources pour fournir le TAO et des liens limités avec des prestataires de soins de santé dans la communauté.<sup>73</sup> Une étude de 2021 sur le TAO dans les prisons de l'Ontario a confirmé que de nombreux(-ses) médecins travaillant dans ce milieu ne prescrivent pas le TAO, et que seule une minorité offre d'amorcer ce traitement en prison.<sup>74</sup>

**Politiques habilitantes :** À travers le pays, plusieurs ressorts ont élaboré et mis en œuvre des politiques qui éliminent des obstacles au droit à la santé pour les personnes en prison :

- Depuis 2013, le Manuel des services de soins de santé de la Colombie-Britannique prévoit le dépistage volontaire des ITSS à l'admission en prison et pendant l'incarcération.<sup>75</sup> Un counseling pré- et post-test est fourni aux personnes qui demandent un dépistage du VHC. Le manuel confirme également qu'un programme éducatif sur l'hépatite (y compris des informations sur la prévention du VHC) est fourni au personnel correctionnel et aux personnes incarcérées.<sup>76</sup>
- En 2020, la Saskatchewan a élaboré des Normes de soins de santé qui expliquent que les personnes incarcérées doivent avoir accès aux soins de santé offerts dans la communauté, et que les soins de santé sont fournis en partenariat avec la communauté. Ces normes précisent également que les soins pour les « maladies infectieuses ou transmissibles » seront prodigués conformément à la législation sur la santé publique de la Saskatchewan afin de rendre les soins conformes au système public de soins de santé de la province.<sup>77</sup>

## PRATIQUES PROMETTEUSES

En Colombie-Britannique, les services de santé correctionnels provinciaux et le BC Centre for Disease Control ont collaboré à l'élaboration d'un programme de dépistage universel des ITSS et d'arrimage aux soins, avec l'apport de personnes ayant une expérience vécue de l'incarcération et du VHC. Ce programme a été déployé dans les prisons de la province au cours de l'année 2022, augmentant ainsi l'accès aux soins pour le VHC.

Dans les établissements fédéraux, le dépistage universel non obligatoire du VHC à l'admission obtient un taux de participation de 80 % à 90 %. Les personnes qui reçoivent un résultat positif au VHC chronique ont accès à des ordonnances d'AAD, quel que soit le stade de leur maladie.

Sources : Action hépatites Canada, *Rapport 2023 sur les progrès vers l'élimination de l'hépatite virale au Canada*, mai 2023, en ligne à [www.actionhepatitescanada.ca/rapport.html](http://www.actionhepatitescanada.ca/rapport.html); Ontario Hepatitis C Planning Group, Advisory Committee and Working Groups, *The Ontario Hepatitis C Elimination Roadmap*, 2023, en ligne à <https://on.endhepc.ca/about>.

### (3) PERSONNES AUTOCHTONES

Le colonialisme historique et actuel ainsi que la stigmatisation et la discrimination qui en résultent affectent considérablement la santé des personnes autochtones au Canada, y compris les communautés des Premières Nations, des Inuit-es et des Métis-se.<sup>78</sup> Cela se reflète dans l'impact disproportionné du VHC sur les personnes autochtones au Canada et dans leur surreprésentation parmi les personnes qui utilisent des drogues et au sein de la population carcérale.<sup>79</sup> Des données indiquent que les personnes autochtones sont non seulement cinq fois plus susceptibles d'avoir le VHC que les membres de la population générale,<sup>80</sup> mais qu'elles sont également moins susceptibles d'accéder à un traitement.<sup>81</sup>

**Le droit à la santé :** Le Canada s'est engagé à protéger et à respecter le droit à la santé des personnes autochtones et à collaborer avec elles à améliorer les résultats de santé.

En 2021, le Canada a promulgué la *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (Loi sur les droits autochtones)*, intégrant dans le droit canadien les promesses de la déclaration internationale du même nom.<sup>82</sup> En vertu de la *Loi sur les droits autochtones*, le Gouvernement du Canada doit protéger les droits des personnes autochtones d'améliorer leurs conditions économiques et sociales, y compris leur santé, sans discrimination;<sup>83</sup> de participer activement à l'élaboration et à la détermination des programmes de santé qui les concernent;<sup>84</sup> de pratiquer leurs médecines traditionnelles et maintenir leurs pratiques de santé;<sup>85</sup> et de jouir du meilleur état de santé possible.<sup>86</sup>

La *Loi sur les droits autochtones* s'inspire également des *Appels à l'action* de la Commission de vérité et réconciliation, qui affirment eux-mêmes le droit à la santé.<sup>87</sup> Par exemple, l'Appel à l'action #19 demande au gouvernement de travailler à combler les écarts de santé entre les communautés autochtones et non autochtones.<sup>88</sup> De même, l'Appel à la justice #3.1 de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées demande au gouvernement de « veiller à ce que les droits à la santé et au bien-être des Autochtones, et plus précisément des femmes, des filles et des personnes 2ELGBTQQIA autochtones, soient reconnus, respectés et protégés de façon équitable ». <sup>89</sup>

**Obstacles :** Les effets persistants du colonialisme ont créé de nombreux obstacles à la jouissance du droit à la santé pour les personnes autochtones.

Tout d'abord, comme l'a noté le Rapporteur spécial sur le droit à la santé, la division des compétences en matière de soins de santé au Canada crée « de graves obstacles à l'accès des personnes autochtones aux soins de santé ». <sup>90</sup> Même si le programme fédéral des Services de santé non assurés (SSNA) fournit des prestations de santé à certain-es membres des Premières Nations et Inuit-es, notamment pour le transport médical pour accéder à des services de santé médicalement nécessaires qui ne sont pas offerts dans la réserve ou dans leur communauté, de même que pour des médicaments qui ne sont pas autrement couverts par les programmes sociaux, les régimes d'assurance privés et l'assurance maladie provinciale ou territoriale,<sup>91</sup> de nombreuses personnes autochtones sont exclues des SSNA, y compris les Métis-ses. Les personnes exclues doivent compter sur les systèmes de santé provinciaux pour accéder à des traitements, qui ne sont souvent pas adaptés à leurs besoins linguistiques, culturels ou géographiques.

L'emplacement géographique constitue un autre obstacle majeur. Par exemple, les communautés inuites sont géographiquement isolées dans le nord du pays,<sup>92</sup> où il y a moins de services et de professionnels de santé – ce qui signifie qu'il est souvent nécessaire de se déplacer pour accéder à des soins de santé, y compris dépistages et traitements.<sup>93</sup> Par conséquent, les Inuit-es doivent s'éloigner de leur communauté pendant de longues périodes et engager des frais importants, notamment de transport et d'hébergement, pour accéder à des soins de santé. De même, de nombreux(-ses) membres des Premières Nations vivant en région éloignée ont un accès limité aux soins de santé. En 2016, en Ontario (qui compte le plus grand nombre de communautés éloignées des Premières Nations au pays), une communauté des Premières Nations sur quatre n'était accessible toute l'année que par avion ou par route de glace en hiver.<sup>94</sup> Pour de nombreuses Premières Nations établies dans des réserves, le manque de personnel soignant, les longues listes d'attente et les coûts de transport prohibitifs constituent des obstacles importants à l'accès aux soins de santé.<sup>95,96</sup>

**Même lorsque des soins de santé sont offerts, l'accès inadéquat à des services adaptés à la langue ou à la culture constitue un obstacle.<sup>97</sup>**

Il existe peu d'options de soins de santé dirigées par des Autochtones ou d'options culturellement sûres et adaptées, et les personnes autochtones qui cherchent à obtenir des soins de santé sont souvent confrontées à un racisme et à une discrimination généralisés,<sup>98</sup> y compris à des expériences de stérilisation forcée et de négligence dans les services d'urgence.<sup>99</sup> De fait, entre 2017 et 2020, 20,3 % des personnes des Premières Nations vivant hors réserve, 17,9 % des Métis-ses et 56,5 % des Inuit-es interrogé-es dans l'ensemble du Canada ont déclaré ne pas avoir de prestataire de soins de santé régulier(-ère) – une proportion nettement plus élevée que dans la population non autochtone.<sup>100</sup>

**Politiques habitantes :** Plusieurs provinces ont mis en place une législation visant à améliorer l'accès des personnes autochtones aux soins de santé, en reconnaissant l'autorité des autochtones sur leur propre santé :<sup>101</sup>

- En vertu de la *Loi pour des soins interconnectés* de l'Ontario, le ministère de la Santé de l'Ontario doit s'engager avec les communautés autochtones à mettre en place une Entité autochtone de planification des services de santé. Cette entité vise à veiller à ce que la planification des soins de santé soit faite « d'une manière qui reconnaît le rôle des peuples autochtones dans la planification et la prestation de services de santé au sein de leurs collectivités ». <sup>102</sup> De même, en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée* de l'Ontario, le ministère doit créer un Conseil des services de santé aux Autochtones chargé de fournir des conseils sur les enjeux liés à la santé et à la prestation des services pour les personnes autochtones. <sup>103</sup>
- En vertu de la *Loi sur la santé* du Yukon, le gouvernement doit collaborer avec les personnes autochtones à guider la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des soins de santé dans le territoire. En vertu de la *Loi sur les hôpitaux* du Yukon, un comité de santé des Premières Nations doit superviser les services de santé fournis aux Premières Nations dans les hôpitaux, et une politique d'équité en matière d'emploi et de formation des Premières Nations ainsi qu'un plan de mise en œuvre de la politique doivent être élaborés et axés sur l'amélioration de la qualité des soins de santé pour les Premières Nations et sur leur représentation dans la prestation de ces soins.



## PRATIQUES PROMETTEUSES

La Sioux Lookout First Nation Health Authority (SLFNHA), dirigée par des membres des Premières Nations, répond aux besoins de 33 communautés éloignées des Premières Nations dans le nord-ouest de l'Ontario. La SLFNHA gère un service mobile de soins de santé primaires, y compris pour la prévention, le dépistage et le traitement du VHC. Dans le cadre du programme, la SLFNHA offre du matériel de réduction des méfaits et une formation à la prévention des surdoses.

En Saskatchewan, la Première Nation de Sturgeon Lake a élaboré un modèle de santé communautaire holistique intégrant les pratiques traditionnelles de mieux-être des Cri-es et guidé par les Aîné-es et les détenteur(-trice)s de connaissances de la communauté. Comme l'a observé CATIE, « [le modèle] constitue le fondement de plus de 40 programmes, adaptés aux différentes langues et cultures du centre de santé, dont des soins complets pour [le VHC] ».

En Colombie-Britannique, le Hepatitis C Blanket Program du projet Cedar aide les personnes autochtones à s'orienter dans le système de soins de santé provincial, du diagnostic du VHC jusqu'à son traitement, et aboutit à une cérémonie de la couverture. Le programme combat la discrimination dans les soins de santé en fournissant des services complets guidés par les principes du mieux-être autochtone et incluant le soutien d'Aîné-es.

Source : Sioux Lookout First Nations Health Authority, *What is SLFNHA?*, en ligne à [www.slnha.com/about](http://www.slnha.com/about); CATIE, *Vision autochtone pour les programmes de réduction des méfaits et de soins pour l'hépatite C*, 2020, en ligne à [www.catie.ca/fr/vision-autochtone-pour-les-programmes-de-reduction-des-mefaits-et-de-soins-pour-lhepatite-c](http://www.catie.ca/fr/vision-autochtone-pour-les-programmes-de-reduction-des-mefaits-et-de-soins-pour-lhepatite-c).

## (4) HOMMES GAIS, BISEXUELS ET AUTRES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

Les hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (GBHRSH) n'étaient traditionnellement pas une population prioritaire. Toutefois, depuis 2000, l'incidence et la prévalence du VHC chez les GBHRSH ont augmenté considérablement. Certains GBHRSH pratiquent le *chemsex*,<sup>104</sup> qui accroît le risque de VHC (entre autres ITS); la transmission sexuelle du VHC est à présent bien documentée au sein de cette population, en particulier parmi les hommes vivant avec le VIH.<sup>105</sup> On estime que 5 % des GBHRSH au Canada ont le VHC ou l'ont déjà contracté.<sup>106</sup>

**Le droit à la santé :** Le Canada reconnaît depuis longtemps l'existence du droit à la santé, indépendamment de l'orientation sexuelle. Le refus de soins de santé au motif de l'orientation sexuelle est discriminatoire.

Depuis 1996, le Canada interdit spécifiquement la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, par le biais d'une modification de la *Loi canadienne sur les droits de la personne*.<sup>107</sup> Aujourd'hui, cette discrimination est également interdite par la *Charte* et par la législation sur les droits humains.<sup>108</sup>

Les traités internationaux et régionaux relatifs aux droits humains interdisent également la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins de santé. En 1992, par exemple, le Comité des droits de l'homme des Nations Unies a jugé que l'orientation sexuelle était un statut protégé contre la discrimination en vertu du *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*.<sup>109</sup> Depuis, des organes internationaux et régionaux ont réitéré que l'orientation sexuelle est un motif protégé.<sup>110</sup> En 2022, l'Expert indépendant des Nations Unies sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre a souligné la persistance d'« abus flagrants de la part des systèmes et des prestataires de santé », du « refus de services de santé essentiels », de même que du « risque accru au VIH/SIDA et autres maladies transmissibles résultant de [l']exclusion des programmes de prévention et d'éducation ». <sup>111</sup> Il a donc appelé les gouvernements à « abolir les obstacles discriminatoires qui empêchent les communautés défavorisées d'accéder à la santé, et à mettre en place des mesures juridiques, politiques et budgétaires pour réaliser progressivement le droit à la santé pour tou-te-s ». <sup>112</sup> De plus, l'Expert indépendant a exhorté les gouvernements à établir des garanties et des stratégies de non-discrimination, notamment par la formation et la sensibilisation. <sup>113</sup>

**Obstacles :** Malgré l'engagement du Canada à promouvoir et à protéger les droits des personnes 2ELGBTQ+, la communauté rencontre encore d'importants obstacles dans l'accès aux soins de santé.

Les GBHRSH sont confrontés à la stigmatisation et à la discrimination, ce qui contribue à de moins bons résultats de santé, notamment en ce qui concerne l'utilisation de drogues et les rapports sexuels qui augmentent leur exposition au VHC.<sup>114</sup> Ces facteurs de risque sont souvent négligés par des prestataires de soins de santé.<sup>115</sup> En outre, l'homophobie, le manque de visibilité et le manque de compétence culturelle au sein des systèmes de santé compromettent encore davantage la santé des GBHRSH.<sup>116</sup> Par exemple, il est reconnu que des prestataires de soins refusent ou retardent des soins de santé de personnes 2ELGBTQ+.<sup>117</sup> Ces obstacles sont exacerbés pour les personnes bispirituelles, qui ressentent également les effets du colonialisme, du racisme et de l'insensibilité culturelle.<sup>118</sup>

**Les messages de santé destinés aux hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont historiquement centrés sur le VIH.**<sup>119</sup>

Par conséquent, les stratégies de prévention du VIH qui ne mettent pas l'accent sur les condoms ou sur le matériel d'injection stérile nuisent du même coup aux efforts de prévention du VHC. Les messages sur le VHC insistent quant à eux sur la transmission par l'injection de drogues, et non par les rapports sexuels, ce qui néglige le mode de transmission par lequel les GBHRSH sont touchés de manière disproportionnée.<sup>120</sup>

**Politiques habitantes :** Les gouvernements fédéral et provinciaux ont commencé à étudier et à reconnaître les obstacles aux soins de santé des personnes 2ELGBTQ+, ouvrant la voie à des stratégies plus efficaces :

- En 2019, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a publié *La santé des communautés LGBTQIA2 au Canada*,<sup>121</sup> décrivant les obstacles aux soins de santé qui touchent les personnes 2ELGBTQ+ au Canada, de même que des stratégies visant à les réduire. Le Comité permanent recommande que les gouvernements de tous les paliers collaborent à mieux former et éduquer les professionnel·les de la santé sur les besoins de santé des minorités sexuelles.<sup>122</sup> Il recommande également au gouvernement fédéral de créer un comité consultatif pour soutenir les efforts visant à mettre en œuvre des mesures spécifiques à la communauté 2ELGBTQ+ dans le cadre de la *Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances*.<sup>123</sup>
- En 2023, le Manitoba a publié le *Communicable Disease Management Protocol : Hepatitis C* [Protocole de prise en charge des maladies transmissibles : Hépatite C], où il reconnaît que les GBHRSH sont confrontés à un fardeau disproportionné de VHC et que le VHC peut se transmettre par voie sexuelle.<sup>124</sup>

## PRATIQUE PROMETTEUSE

Action Canada pour la santé et les droits sexuels est un organisme national qui promeut les droits liés à la sexualité et à la reproduction et qui fournit une éducation sur les ITSS, y compris le VHC par contact sexuel. L'organisme propose également un répertoire de prestataires de soins de santé culturellement compétent·es qui offrent des services de dépistage et de traitement du VHC.

Source : Action Canada pour la santé et les droits sexuels, *Ressources*, en ligne à [www.actioncanadashr.org/fr/ressources](http://www.actioncanadashr.org/fr/ressources).

## (5) MIGRANT-ES ORIGINAIRES DE PAYS OÙ LA PRÉVALENCE DE L'HÉPATITE C EST ÉLEVÉE

Les migrant-es au Canada sont confronté-es à un risque disproportionné de VHC, le plus souvent contracté lors de procédures médicales avant leur arrivée au pays.<sup>125</sup> Environ 2 % des migrant-es au Canada vivent avec le VHC, contre 1 % de la population générale.<sup>126</sup> Les migrant-es au Canada sont plus susceptibles de rencontrer des retards dans le dépistage et le traitement du VHC, en raison des limites des programmes de dépistage du VHC pour les nouveaux et nouvelles arrivant-es, du manque de sensibilisation du secteur de la santé concernant le risque accru de VHC pour certain-es migrant-es, en plus des obstacles linguistiques et culturels, du manque de connaissances sur le système de santé et des expériences de discrimination.<sup>127</sup> En conséquence, les migrant-es sont plus vulnérables à des résultats négatifs sévères en lien avec le VHC, y compris le décès, comparativement aux personnes nées au Canada et vivant avec le VHC.<sup>128</sup>

**Le droit à la santé :** En droit international des droits humains, toutes les personnes ont le droit à la santé, quel que soit leur statut d'immigration.<sup>129</sup> Au Canada, même si toutes les personnes, y compris celles qui n'ont pas la citoyenneté canadienne, sont protégées par les garanties de la *Charte* relatives aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, au droit à la protection contre la discrimination<sup>130</sup> et au droit de ne pas subir de « traitements cruels et inhabituels »,<sup>131</sup> le droit à la santé est souvent limité en raison du statut d'immigration.

Plus précisément, l'accès aux soins de santé n'est garanti que pour les migrant-es admissibles au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), qui fournit une « protection en matière de soins de santé limitée et temporaire » à certain-es demandeur(-euse)s d'asile qui ne sont pas encore admissibles à l'assurance maladie provinciale ou territoriale.<sup>132</sup>

La couverture du PFSI comprend les services de santé de base, les vaccinations et la couverture des médicaments sur ordonnance, y compris pour le traitement du VHC. Les personnes qui ne sont pas admissibles au PFSI et qui sont au Canada avec un visa de travail, d'études ou de visiteur doivent attendre d'être admissibles à l'assurance maladie provinciale ou territoriale, ce qui nécessite 90 jours de résidence dans la plupart des cas. Souvent, les visas expirent avant que les personnes puissent bénéficier de ces soins de santé publics.<sup>133</sup> Les personnes qui se trouvent au Canada sans statut n'ont pas accès aux régimes d'assurance maladie fédéraux, provinciaux et territoriaux.

En 2019, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé a fait état de préoccupations concernant le traitement des migrant-es et a pris note d'une affaire devant le Comité des droits de l'homme des Nations Unies, dans laquelle il a été déterminé que le Canada avait violé le droit à la vie (en vertu de l'article 6 du *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*) d'une personne sans statut d'immigration au Canada en lui refusant la couverture du PFSI.<sup>134</sup> Le Rapporteur spécial a conclu que le PFSI devrait être fourni sans discrimination, notant qu'« au minimum, le Canada devrait garantir des soins de santé publics à tou-te-s les migrant-es en cas de maladies infectieuses, y compris l'accès au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi ».<sup>135</sup>



**Obstacles :** Les migrant-es au Canada sont confronté-es à de nombreux obstacles majeurs dans l'accès aux soins de santé, même lorsqu'ils/elles sont couvert-es par le PFSI ou un régime d'assurance maladie provincial ou territorial. L'accessibilité limitée du PFSI signifie que de nombreux(-ses) migrant-es au Canada n'ont pas de couverture médicale, ni de couverture pour le traitement du VHC, et doivent compter sur l'assurance fournie par un établissement d'enseignement, un employeur ou un assureur privé. En l'absence d'accès à ces régimes d'assurance, ils/elles doivent payer de leur poche. Pour les nouveaux et nouvelles arrivant-es, en particulier ceux et celles qui sont au chômage ou qui occupent un emploi précaire ou vulnérable, le coût des soins de santé est prohibitif.<sup>136</sup> Les personnes sans statut peuvent être encore plus freinées par la crainte d'être dénoncées aux services de l'immigration par un-e prestataire de soins.<sup>137</sup>

En outre, les prestataires de soins de santé ne sont pas tou-te-s préparé-es à travailler avec de nouveaux et nouvelles arrivant-es. Certain-es refusent de recevoir des personnes couvertes par le PFSI; d'autres refusent ou sont incapables de travailler avec des migrant-es en raison de différences linguistiques ou culturelles, ce qui entraîne une mauvaise communication et une piètre qualité de soins.<sup>138</sup>

On constate également un manque d'informations accessibles sur les soins de santé au Canada. Les informations ne sont pas traduites de manière adéquate pour les migrant-es, compte tenu de divers contextes linguistiques et culturels. Une étude du Québec a révélé qu'il faut en moyenne dix ans aux migrant-es après leur arrivée au Canada pour être diagnostiqué-es du VHC, et que les migrant-es sont plus susceptibles que les personnes nées au Canada d'être diagnostiqué-es du VHC à un âge plus avancé.<sup>139</sup> Il n'existe pas de programmes de dépistage systématique pour remédier à certaines de ces difficultés des migrant-es avant ou après leur arrivée.<sup>140</sup>

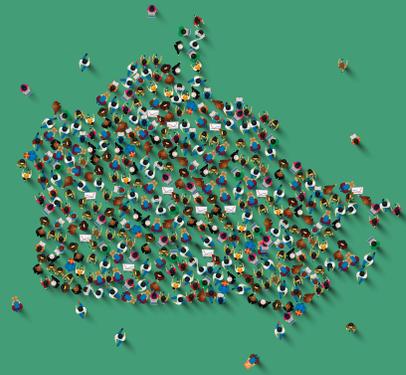


## PRATIQUE PROMETTEUSE

La Collaboration canadienne pour la santé des immigrants et des réfugiés (CCSIR) représente une communauté de nouveaux et nouvelles arrivant-es et de praticien-nes de la santé et de la recherche au Canada. Elle fournit un outil en ligne pour guider les prestataires de soins de santé travaillant avec des populations migrantes, par des informations sur les besoins de dépistage spécifiques à la région et au pays d'origine. La CCSIR recommande le dépistage pour les migrant-es originaires de pays où la prévalence du VHC est supérieure à 3 %.

Sources : Collaboration canadienne pour la santé des immigrants et des réfugiés, *Who Are We?*, en ligne à [https://ccirhken.ca/ccirh\\_main/sample-page/page1-2](https://ccirhken.ca/ccirh_main/sample-page/page1-2); Collaboration canadienne pour la santé des immigrants et des réfugiés, *Liste de contrôle interactive pour la prévention chez les nouveaux immigrants et les réfugiés*, en ligne à [https://ccirhken.ca/ccirh\\_main/sample-page/page3-2/1-e-clinical-checklist-for-new-immigrants-and-refugees](https://ccirhken.ca/ccirh_main/sample-page/page3-2/1-e-clinical-checklist-for-new-immigrants-and-refugees).

# Progresser vers les soins



L'élimination du VHC ne sera possible que lorsque les populations prioritaires pourront exercer leur droit à la santé. Les obstacles actuels à la réalisation de ce droit exacerbent les préjudices, violent le droit international des droits humains et maintiennent le VHC au rang de maladie transmissible emportant le plus lourd fardeau. Outre la sensibilisation et la lutte contre la stigmatisation liées au VHC, les recommandations ci-dessous constituent une première étape vers la réduction des taux de VHC, en supprimant les obstacles aux soins de santé et en assurant la conformité du Canada au droit des droits humains :

## PERSONNES QUI UTILISENT DES DROGUES :

- Le gouvernement fédéral doit décriminaliser la simple possession de toutes les drogues, de même que le « trafic de nécessité », dans le cadre duquel les individus encourent une responsabilité pénale pour la vente et le partage de drogues à des fins de subsistance, pour couvrir le coût de leur propre usage de drogues ou pour s'assurer d'un approvisionnement en drogues plus sûr.
- Les gouvernements de tous les paliers doivent financer et mettre à l'échelle les principales interventions de réduction des méfaits, notamment les programmes de distribution de seringues et d'aiguilles, les services de consommation supervisée, le TAO, de même que l'accès à la naloxone, aux condoms et à d'autres fournitures pour des relations sexuelles plus sécuritaires.
- Les gouvernements de tous les paliers doivent élaborer et mettre en œuvre des politiques, avec la participation des personnes qui utilisent des drogues, afin d'instaurer un dépistage, un diagnostic et un traitement du VHC en temps opportun et peu coûteux, avec un point de mire sur l'élimination de la discrimination fondée sur l'utilisation de drogues ou les antécédents de VHC.

## PERSONNES DANS LE SYSTÈME CARCÉRAL :

- Les gouvernements de tous les paliers doivent s'assurer que les soins de santé en prison relèvent des ministères provinciaux ou territoriaux de la Santé, plutôt que des ministères de la Sécurité publique ou de la Justice.
- Les gouvernements de tous les paliers doivent élaborer et mettre en œuvre des politiques établissant des services de dépistage, de diagnostic et de traitement du VHC qui soient systématiques, universels, volontaires et rapides dans toutes les prisons, y compris des mécanismes pour garantir les soins après un transfert d'établissement et un retour dans la communauté.
- Les gouvernements de tous les paliers doivent mettre en œuvre ou mettre à l'échelle des interventions clés de réduction des méfaits en prison, y compris les programmes de distribution de seringues et d'aiguilles, les services de consommation supervisée, la distribution de condoms et d'autres fournitures pour des relations sexuelles plus sécuritaires, le TAO et la distribution de matériel de tatouage stérile.
- Les gouvernements de tous les paliers doivent veiller à ce que les personnes autochtones incarcérées reçoivent des soins appropriés, adaptés à leur culture et tenant compte des traumatismes, de même que des services spécifiques aux personnes 2ELGBTQ+, avec l'apport de personnes concernées en prison.

## PERSONNES AUTOCHTONES :

- Les gouvernements de tous les paliers doivent financer et soutenir des soins de santé dirigés par les Autochtones et collaborer avec les communautés autochtones à leur transférer l'autorité de leurs soins de santé, en priorisant la participation des Aîné-es, des guérisseur(-euse)s et des membres de la communauté autochtone.
- Les gouvernements de tous les paliers doivent veiller à ce que toutes les personnes autochtones soient incluses dans les programmes de soins de santé financés par des fonds publics.
- Les gouvernements de tous les paliers doivent élaborer et mettre en œuvre des politiques, avec l'apport de personnes autochtones afin d'établir des services de dépistage, de diagnostic et de traitement du VHC qui soient rapides, à faible barrière et culturellement sûrs, avec un point de mire sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des Autochtones dans les soins de santé.

## HOMMES GAIS, BISEXUELS ET AUTRES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES :

- Les gouvernements de tous les paliers doivent élaborer et mettre en œuvre des politiques pour rehausser la sensibilisation à l'enjeu du VHC parmi les GBHRSH, avec la participation des GBHRSH et sur la base de recherches concernant la santé des personnes 2ELGTBQ+, notamment en ce qui concerne le *chemsex* et d'autres types d'usage de drogues.
- Les gouvernements de tous les paliers doivent élaborer et mettre en œuvre des politiques visant à améliorer la compétence culturelle des prestataires de soins de santé et d'autres services dans le traitement des minorités sexuelles, et soutenir et développer les services de santé et de réduction des méfaits pour les personnes 2ELGTBQ+.
- Les gouvernements de tous les paliers doivent intégrer les enjeux rencontrés par les minorités sexuelles dans leurs stratégies sur les drogues et intégrer le VHC dans leurs stratégies et programmes de santé sexuelle et de lutte contre le VIH, en citant clairement le risque de transmission sexuelle du VHC.

## MIGRANT-ES ORIGINAIRES DE PAYS OÙ LA PRÉVALENCE DE L'HÉPATITE C EST ÉLEVÉE :

- Le gouvernement fédéral doit mettre en place des programmes universels, volontaires et non obligatoires de dépistage et de traitement des ITSS pour les migrant-es, immédiatement après leur arrivée au Canada. Le dépistage et le traitement doivent être séparés et indépendants du processus de demande d'immigration. Le gouvernement fédéral doit également abroger les dispositions des lois sur l'immigration qui refusent l'entrée ou le séjour au Canada au motif de problèmes médicaux.
- Le gouvernement fédéral doit modifier les dispositions relatives à l'admissibilité du PFSI afin que tou-te-s les migrant-es au Canada puissent accéder aux soins de santé financés par l'État, quel que soit leur statut d'immigration.
- Les gouvernements de tous les paliers doivent élaborer et mettre en œuvre des politiques visant à améliorer les compétences des professionnel-le-s de la santé dans le traitement des migrant-es, notamment en améliorant la sensibilité culturelle et linguistique et les connaissances sur le VHC en tant que risque particulier pour les migrant-es de certains pays.

Tant que ces recommandations ne seront pas pleinement mises en œuvre et que les droits fondamentaux des populations prioritaires ne seront pas protégés efficacement, de nouveaux cas de VHC qui sont évitables continueront de se produire. Nous pouvons et nous devons renverser cette tendance.



# Références

- <sup>1</sup> Action hépatites Canada, *Rapport 2023 sur les progrès vers l'élimination de l'hépatite virale au Canada*, mai 2023, en ligne à [www.actionhepatitescanada.ca/rapport.html](http://www.actionhepatitescanada.ca/rapport.html).
- <sup>2</sup> Voir, p. ex., Réseau canadien sur l'hépatite C, *Modèle directeur pour guider les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada*, mai 2019, en ligne à [www.canhepc.ca/sites/default/files/media/documents/modele\\_directeur\\_vhc\\_2019\\_05.pdf](http://www.canhepc.ca/sites/default/files/media/documents/modele_directeur_vhc_2019_05.pdf); J. Bukh, « The history of hepatitis C virus (HCV): Basic research reveals unique features in phylogeny, evolution and the viral life cycle with new perspectives for epidemic control », *Journal of Hepatology* 65(1) (2016): S2-S21.
- <sup>3</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Estimations nationales de l'hépatite C : incidence, prévalence, proportion non diagnostiquée et traitement, Canada, 2019*, décembre 2022, en ligne à [www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2022-48/numero-11-12-novembre-decembre-2022/estimations-nationales-hepatite-c-canada-2019.html](http://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2022-48/numero-11-12-novembre-decembre-2022/estimations-nationales-hepatite-c-canada-2019.html).
- <sup>4</sup> CATIE, *L'épidémiologie de l'hépatite C au Canada*, en ligne à [www.catie.ca/sites/default/files/2023-09/fs-epi-hcv-fr-09-2023.pdf](http://www.catie.ca/sites/default/files/2023-09/fs-epi-hcv-fr-09-2023.pdf); N. Popovic et coll., « National Hepatitis C estimates: Incidence, prevalence, undiagnosed proportion and treatment, Canada, 2019 », *Can Commun Dis Rep* 48(11/12) (2022) : 540-549.
- <sup>5</sup> L. Lourenco et coll., « Estimations nationales de l'hépatite C : incidence, prévalence, proportion non diagnostiquée et traitement, Canada, 2019 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 47(12) (2022) : 594-605.
- <sup>6</sup> Voir, p. ex., Action hépatites Canada, *supra* note 1; Réseau canadien sur l'hépatite C, *supra* note 2; Organisation mondiale de la Santé, *Hépatite C : Principaux faits*, juillet 2023, en ligne à [www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c).
- <sup>7</sup> Voir, p. ex., Organisation mondiale de la Santé, *Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016-2021 : Towards Ending Viral Hepatitis*, June 2016, en ligne à [www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2016.06](http://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2016.06); Agence de la santé publique du Canada, *Un cadre d'action pancanadien sur les ITSS : Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030*, juin 2018, en ligne à [www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html](http://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html); Agence de la santé publique du Canada, *Accélérer notre intervention : plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, juillet 2019, en ligne à [www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/reports-publications/accelerating-our-response-five-year-action-plan-sexually-transmitted-blood-borne-infections/stbbi-federal-action-plan-fr.pdf](http://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/reports-publications/accelerating-our-response-five-year-action-plan-sexually-transmitted-blood-borne-infections/stbbi-federal-action-plan-fr.pdf); Organisation mondiale de la Santé, *Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030*, juillet 2022, [www.who.int/fr/publications/i/item/9789240053779](http://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240053779).
- <sup>8</sup> CATIE, *supra* note 4, p. 3. Étant donné que des personnes appartiennent à plus d'une catégorie, la somme est supérieure à 387 000 (et à 100 %).
- <sup>9</sup> Voir, p. ex., Action hépatites Canada, *supra* note 1, p. 6; OMS 2022, *supra* note 7; Ontario Hepatitis C Planning Group, Advisory Committee and Working Groups, *The Ontario Hepatitis C Elimination Roadmap*, 2023, en ligne à <https://on.endhepc.ca/about>.
- <sup>10</sup> Voir, p. ex., *Visite au Canada : Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, A/HRC/41/34/Add.2, 2019, paragr. 16.
- <sup>11</sup> *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, A/65/255, 2010, paragr. 71-72.
- <sup>12</sup> Voir, p. ex., D. Jones, « Right to Health, A Comparative Law Perspective », *Service de recherche du Parlement européen (EPRS)*, mai 2022, en ligne à [www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2022/729444/EPRS\\_STU\(2022\)729444\\_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2022/729444/EPRS_STU(2022)729444_EN.pdf).
- <sup>13</sup> Voir, p. ex., *Loi canadienne sur la santé*, R.S.C. 1985, c. C-6, préambule.
- <sup>14</sup> *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, [2011] 3 RCS 134, paragr. 12.
- <sup>15</sup> Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, À propos du droit à la santé et des droits de l'homme – *Rapporteuse spéciale sur le droit à la santé physique et mentale*, en ligne à : [www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-health/about-right-health-and-human-rights#:~:text=L%E2%80%99obligation%20de%20respecter](http://www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-health/about-right-health-and-human-rights#:~:text=L%E2%80%99obligation%20de%20respecter).
- <sup>16</sup> *Visite au Canada*, 2019, *supra* note 10, paragr. 31-33.

- <sup>17</sup> Voir, p. ex., Action hépatites Canada, *supra* note 1, p. 11.
- <sup>18</sup> *Visite au Canada*, 2019, *supra* note 10, paragr. 33.
- <sup>19</sup> Réseau canadien sur l'hépatite C, *supra* note 2, p. 14-15.
- <sup>20</sup> Action hépatites Canada, *supra* note 1, p. 29.
- <sup>21</sup> Hepatitis Education Canada, *Stigma & Discrimination*, 2016, en ligne à <https://hepatitiseducation.med.ubc.ca/providers/stigma-discrimination/>.
- <sup>22</sup> OMS 2016, *supra* note 7.
- <sup>23</sup> ASPC 2018, *supra* note 7.
- <sup>24</sup> ASPC 2019, *supra* note 7.
- <sup>25</sup> OMS 2022, *supra* note 7.
- <sup>26</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Plan d'action 2024-2030 du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)*, février 2024, en ligne à [www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/plan-action-2024-2030-infections-transmissibles-sexuellement-et-par-sang.html](http://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/plan-action-2024-2030-infections-transmissibles-sexuellement-et-par-sang.html).
- <sup>27</sup> Réseau canadien sur l'hépatite C, *supra* note 2, p. 8.
- <sup>28</sup> C. Balsom et coll., « Barriers and enablers to testing for hepatitis C virus infection in people who inject drugs – a scoping review of the qualitative evidence », *BMC Public Health* 23(1038) (2023).
- <sup>29</sup> *Rapport du Rapporteur spécial*, *supra* note 11, paragr. 7.
- <sup>30</sup> *Rapport du Rapporteur spécial*, *supra* note 11, paragr. 8.
- <sup>31</sup> Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Politique en matière de drogues et consommation de drogues – Rapporteur spécial sur le droit à la santé*, en ligne à [www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-health/drug-policy-and-drug-use#:~:text=La%20Rapporteuse%20sp%C3%A9ciale,g%C3%A9n%C3%A9ralis%C3%A9s%20et%20syst%C3%A9miques](http://www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-health/drug-policy-and-drug-use#:~:text=La%20Rapporteuse%20sp%C3%A9ciale,g%C3%A9n%C3%A9ralis%C3%A9s%20et%20syst%C3%A9miques).
- <sup>32</sup> International Centre on Human Rights and Drug Policy, Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Programme des Nations Unies pour le développement, Organisation mondiale de la Santé, *International Guidelines on Human Rights and Drug Policy*, mars 2019, en ligne à [www.undp.org/publications/international-guidelines-human-rights-and-drug-policy](http://www.undp.org/publications/international-guidelines-human-rights-and-drug-policy).
- <sup>33</sup> Voir, p. ex., Réseau juridique VIH, *Réussir la décriminalisation : une voie vers des politiques sur les drogues basées sur les droits de la personne*, décembre 2021, en ligne à [www.hivlegalnetwork.ca/site/decriminalization-done-right-a-rights-based-path-for-drug-policy/?lang=fr](http://www.hivlegalnetwork.ca/site/decriminalization-done-right-a-rights-based-path-for-drug-policy/?lang=fr).
- <sup>34</sup> Voir, p. ex., Toronto Public Health, *Quick Facts : Myths about Substance Use*, avril 2018, en ligne à [www.toronto.ca/wp-content/uploads/2018/05/9114-Myths-About-Substance-Use.pdf](http://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2018/05/9114-Myths-About-Substance-Use.pdf); First Nations Health Authority, *5 Myths About Addiction*, 2018, en ligne à [www.fnha.ca/Documents/FNHA-Myths-About-Addiction-Factsheet.pdf](http://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Myths-About-Addiction-Factsheet.pdf).
- <sup>35</sup> Voir, p. ex., *Rapport du Rapporteur spécial*, *supra* note 11, paragr. 23; B. Lettner et coll., « Rapid hepatitis C virus point-of-care RNA testing and treatment at an integrated supervised consumption service in Toronto, Canada: a prospective, observational cohort study », *The Lancet Regional Health* 22(100490) (2023); A. Arain et G. Robaey, « Eligibility of persons who inject drugs for treatment of hepatitis C virus infection », *World J Gastroenterol* 20(36) (2014) : 12722-12733.
- <sup>36</sup> Voir, p. ex., C. Balsom, *supra* note 28; E. Wood et coll., « The war on drugs: a devastating public-policy disaster », *The Lancet* 373(9668) (2009) : p. 989-990; et J. Csete et coll., « Public health and international drug policy ». *The Lancet* 387(10026) (2016) : 1427-1480.
- <sup>37</sup> C. Balsom, *supra* note 28.
- <sup>38</sup> Voir, p. ex., L. Ti et coll., « Police confrontations among street-involved youth in a Canadian setting », *International Journal of Drug Policy* 24(1) (2013) : 46-51; W. Small et coll., « Public injection settings in Vancouver: physical environment, social context and risk », *International Journal of Drug Policy* 18(1) (2007) : 27-36; B. del Pozo et coll., « Police discretion in encounters with people who use drugs: operationalizing the theory of planned behavior », *Harm Reduction Journal* 18(132) (2021); J. Friedman et coll., « Intersectional structural vulnerability to abusive policing among people who inject drugs: A mixed methods assessment in California's central valley », *International Journal of Drug Policy* 87 (2021); et P. Baker et coll., « Policing practices and risk of HIV infection among people who inject drugs », *Epidemiol Rev* 42(1) (2020) : 27-40.
- <sup>39</sup> Ontario Hepatitis C Planning Group, *supra* note 9, p. 13.

- <sup>40</sup> E. Hyshka et coll., « Harm reduction in name, but not substance: a comparative analysis of current Canadian provincial and territorial policy framework », *Harm Reduct J* 14(1) (2017).
- <sup>41</sup> E. Hyshka, *ibid.*
- <sup>42</sup> Gouvernement du Canada, *Statistiques sur les sites de consommation supervisée au Canada*, octobre 2023, en ligne à <https://sante-info-base.canada.ca/labo-de-donnees/blogue-sites-consommation-supervisee.html>; Gouvernement du Canada, *Mesures fédérales sur la crise des surdoses*, décembre 2023, en ligne à [www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/mesures-federales/apercu.html#a6](http://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/mesures-federales/apercu.html#a6).
- <sup>43</sup> *Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois*, L.C. 2017, ch. 7.
- <sup>44</sup> *Loi modifiant le Code criminel et la Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, L.C. 2022, ch. 15.
- <sup>45</sup> Agence de la santé publique du Canada, *La stratégie canadienne sur les drogues et autres substances : L'approche du gouvernement du Canada à l'égard des méfaits liés à la consommation de substances et de la crise des surdoses*, octobre 2023, en ligne à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-canadienne-drogues-autres-substances-approche-me-faits-lies-consommation-crise-surdoses.html>, p. 8.
- <sup>46</sup> Le dépistage aux points de service est un dépistage pouvant être effectué relativement rapidement et à proximité du/de la patient-e et dans des lieux où des soins et traitements peuvent être fournis.
- <sup>47</sup> M. Trubnikov, « Estimation de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C au Canada, 2011 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 40(19) (2014).
- <sup>48</sup> S. Bartlett et coll., « Hepatitis C Virus Prevalence, Screening, and Treatment Among People Who Are Incarcerated in Canada: Leaving No One Behind in the Direct-Acting Antiviral Era », *Clin Liver Dis (Hoboken)* 17(2) (2021) : 75-80.
- <sup>49</sup> J. Stone et coll., « Incarceration history and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systemic review and meta-analysis », *Lancet Infect Dis* 18(2) (2018) : 1397-1409; S. Bartlett, *supra* note 48.
- <sup>50</sup> *British Columbia Civil Liberties Association v Canada (Attorney General)*, 2019 BCCA 228; *Canadian Civil Liberties Association v Canada (Attorney General)*, 2018 ONCA 1038.
- <sup>51</sup> Organisation mondiale de la Santé, *The WHO Prison Health Framework : A framework for assessment of prison health system performance*, September 2021, en ligne à [www.who.int/europe/publications/i/item/9789289055482](http://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289055482), p. 17.
- <sup>52</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Recommended package of interventions for HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for people in prisons and other closed settings: Policy Brief*, 2023, en ligne à <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370569/9789240075597-eng.pdf?sequence=1>.
- <sup>53</sup> *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, L.C. 1992, ch. 20, art. 86(1).
- <sup>54</sup> *Ibid.*, art. 86(2).
- <sup>55</sup> *Loi canadienne sur la santé*, R.S.C. 1985, c. C-6, préambule.
- <sup>56</sup> Voir, p. ex., Collège des médecins de famille du Canada, *Énoncé de position sur la prestation de soins de santé*, novembre 2022, en ligne à [www.cfpc.ca/CFPC/media/Resourcess/Prison-Health/2022-12-Health-Care-Delivery-FR-FINAL.pdf](http://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resourcess/Prison-Health/2022-12-Health-Care-Delivery-FR-FINAL.pdf); F. Kouyoumdjian, « Improving Health and Healthcare Access for People Who Experience Imprisonment in Ontario », *Healthc Q* 23(1) (2020) : 6-9; Service correctionnel du Canada, *Évaluation des Services de santé du Service correctionnel Canada*, mars 2017, en ligne à [www.canada.ca/fr/service-correctionnel/organisation/transparence/evaluations-scc/rapports-evaluation-scc/sommaire-évaluation-services-sante-scc.html](http://www.canada.ca/fr/service-correctionnel/organisation/transparence/evaluations-scc/rapports-evaluation-scc/sommaire-évaluation-services-sante-scc.html); Kouyoumdjian et coll., « Health status of prisoners in Canada », *Le médecin de famille canadien* 62(3) (2016) : 215-222.
- <sup>57</sup> *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, *supra* note 53, art. 2; voir John Howard Society, *Canada Health Act*, 30 juin 2020, en ligne à <https://johnhoward.ca/canada-health-act>.
- <sup>58</sup> Voir, p. ex., Action hépatites Canada, *supra* note 1, p. 26.
- <sup>59</sup> S. Bartlett, *supra* note 48
- <sup>60</sup> N. Kronfli et coll., « Disparities in hepatitis C care across Canadian provincial prisons: Implications for hepatitis C micro-elimination », *Can Liver J* 4(3) (2021) : 292-310.
- <sup>61</sup> N. Kronfli, *ibid.*
- <sup>62</sup> N. Kronfli, *supra* note 60.

- 63 Réseau canadien sur l'hépatite C, *supra* note 2, p. 31; voir aussi Réseau juridique VIH et Toronto Metropolitan University, *Points de vue : Rapport de recherche sur le programme fédéral d'échange de seringues en prison au Canada*, novembre 2022, en ligne à [www.hivleganetwork.ca/site/points-of-perspective-research-report-on-the-federal-prison-needle-exchange-program-in-canada/?lang=fr](http://www.hivleganetwork.ca/site/points-of-perspective-research-report-on-the-federal-prison-needle-exchange-program-in-canada/?lang=fr).
- 64 Réseau canadien sur l'hépatite C, *supra* note 2, p. 31.
- 65 Réseau canadien sur l'hépatite C, *supra* note 2, p. 31.
- 66 Voir, p. ex., N. Kronfli et coll., « Hepatitis C virus (HCV) care in Canadian correctional facilities: Where are we and where do we need to be? », *Can Liver J* 2(4) (2019) : 171-183.
- 67 Voir Gouvernement du Canada, *Traitement par agonistes aux opioïdes*, septembre 2023, en ligne à [www.canada.ca/fr/service-correctionnel/programmes/delinquants/services-sante/traitement-agonistes-opioides.html](http://www.canada.ca/fr/service-correctionnel/programmes/delinquants/services-sante/traitement-agonistes-opioides.html); Service correctionnel du Canada, *Orientation sur le traitement par agonistes opioïdes (TAO)*, août 2021, en ligne à [www.canada.ca/fr/service-correctionnel/organisation/bibliotheque/delinquants/sante/orientation-programme-troubles-lies-consommation-dopioides-16-aout-2021.html](http://www.canada.ca/fr/service-correctionnel/organisation/bibliotheque/delinquants/sante/orientation-programme-troubles-lies-consommation-dopioides-16-aout-2021.html); Réseau juridique VIH, entrevue avec un-e informateur(-trice) clé, 1<sup>er</sup> février 2023.
- 68 C. Russell et coll., « Opioid agonist treatment (OAT) experiences and release plans among federally incarcerated individuals with opioid use disorder (OUD) in Canada, Canada: a mixed-methods study », *BMC Public Health* 22(436) (2022).
- 69 C. Russell, *ibid.*
- 70 Voir Réseau juridique VIH et Toronto Metropolitan University, *supra* note 63.
- 71 Réseau juridique VIH, entrevues avec des informateur(-trice)s clés, 6 février 2023 et 1<sup>er</sup> février 2023; voir aussi, D. Taekema, « Overdose prevention site opens at Kingston prison, but inmates remain wary », *CBC News*, 6 février 2024; D. Taekema, « An overdose prevention site for inmates is coming to this Ontario prison », *CBC News*, 12 septembre 2023.
- 72 Voir, p. ex., Gouvernement du Manitoba, *Custody Corrections Policy : Opioid Agonist Therapy (OAT) Maintenance Program Policy*, 18 juillet 2023.
- 73 F. Kouyoumdjian et coll., « Physician prescribing of opioid agonist treatments in provincial correctional facilities in Ontario, Canada: A survey », *PLoS ONE* 12(2) (2018).
- 74 C. Bodkin et coll., « Rates of opioid agonist treatment prescribing in provincial prisons in Ontario, Canada, 2015-2018: a repeated cross-section analysis », *BMJ Open* 11 (2021).
- 75 Gouvernement de la Colombie-Britannique, *Health Care Services Manual*, août 2002, en ligne à [http://docs.openinfo.gov.bc.ca/d37126413a\\_response\\_package\\_jag-2013-01023.pdf](http://docs.openinfo.gov.bc.ca/d37126413a_response_package_jag-2013-01023.pdf), p. 59.
- 76 Gouvernement de la Colombie-Britannique, *ibid.*, p. 60.
- 77 Gouvernement de la Saskatchewan, *Health Care Standards*, 23 juin 2020.
- 78 Voir, p. ex., A. Mendlowitz et coll., « Characterizing the cascade of care for hepatitis C virus infection among Status First Nations peoples in Ontario: a retrospective cohort study », *JAMC* 195(4) (2023) : 499-512.
- 79 *Visite au Canada*, 2019, *supra* note 10, paragr. 70.
- 80 Voir, p. ex., P. Spittal et coll., « The Cedar Project: high incidence of HCV infections in a longitudinal study of young Aboriginal people who use drugs in Two Canada cities », *BMC Public Health* 12(632) (2012); J. Gordon et coll., « First Nations hepatitis C virus infections : six-year retrospective study of on-reserve rates of newly reported infections in northwestern Ontario », *Le médecin de famille canadien* 63(11) (2017) : 488-494.
- 81 A. Mendlowitz, *supra* note 78.
- 82 *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, L.C. 2021, ch. 14; voir aussi, *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, Nations Unies, A/RES/61/295, septembre 2007.
- 83 *Loi sur les droits autochtones*, *ibid.*, art. 21.
- 84 *Loi sur les droits autochtones*, *supra* note 82, art. 23.
- 85 *Loi sur les droits autochtones*, *supra* note 82, art. 24(1).
- 86 *Loi sur les droits autochtones*, *supra* note 82, art. 24(2).
- 87 *Loi sur les droits autochtones*, *supra* note 82, préambule.

- <sup>88</sup> Commission de vérité et réconciliation du Canada, *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*, 2015, en ligne à <https://nctr.ca/documents/rapports/?lang=fr>, p. 3.
- <sup>89</sup> Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, *Appels à la justice*, 2019, en ligne à [www.mmiwg-ffa.ca/wp-content/uploads/2019/06/Calls-Web-Version-FR.docx](http://www.mmiwg-ffa.ca/wp-content/uploads/2019/06/Calls-Web-Version-FR.docx), p. 10.
- <sup>90</sup> *Visite au Canada*, 2019, *supra* note 10, paragr. 75.
- <sup>91</sup> Gouvernement du Canada, À propos du programme des services de santé non assurés, juin 2023, en ligne à [www.sac-isc.gc.ca/fra/1576790320164/1576790364553](http://www.sac-isc.gc.ca/fra/1576790320164/1576790364553).
- <sup>92</sup> Inuit Tapirit Kanatami, *Social determinants of Inuit health in Canada*, 2014, en ligne à [www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK\\_Social\\_Determinants\\_Report.pdf](http://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK_Social_Determinants_Report.pdf), p. 32.
- <sup>93</sup> Inuit Tapirit Kanatami, *ibid*, p. 32.
- <sup>94</sup> Voir, p. ex., Gouvernement de l'Ontario, *Dans un esprit de réconciliation : Les 10 premières années du ministère des Relations avec les Autochtones et de la Réconciliation*, 2018, en ligne à [www.ontario.ca/fr/document/dans-un-esprit-de-reconciliation-les-10-premieres-annees-du-ministere-des-relations-avec-les](http://www.ontario.ca/fr/document/dans-un-esprit-de-reconciliation-les-10-premieres-annees-du-ministere-des-relations-avec-les), p. 9.
- <sup>95</sup> Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, *L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*, 2019, en ligne à [www.nccih.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf](http://www.nccih.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf).
- <sup>96</sup> *Visite au Canada*, 2019, *supra* note 10, paragr. 77.
- <sup>97</sup> Ontario Hepatitis C Planning Group, *supra* note 9, p. 18-20.
- <sup>98</sup> Réseau canadien sur l'hépatite C, *supra* note 2, p. 29; Y. Boyer, « Healing racism in Canadian health care », *JAMC* 189(46) (2017):1408-1409.
- <sup>99</sup> Y. Boyer, *ibid*.
- <sup>100</sup> K. Yangzom et coll., « Accès aux soins de santé primaires chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit, 2017 à 2020 », *Statistique Canada*, 2023, en ligne à [www150.statcan.gc.ca/n1/pub/41-20-0002/412000022023005-fra.htm](http://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/41-20-0002/412000022023005-fra.htm).
- <sup>101</sup> Pour une liste complète des politiques habilitantes, voir, p. ex., D. Webb, « La santé des Autochtones dans les politiques et les systèmes fédéraux, provinciaux et territoriaux », Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2023, en ligne à [www.ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10401/RPT-Indigenous-health-in-FPT-health-policies-and-systems-FR-2022-web.pdf](http://www.ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10401/RPT-Indigenous-health-in-FPT-health-policies-and-systems-FR-2022-web.pdf).
- <sup>102</sup> *Loi sur la santé*, RSY 2002, ch. 106, art. 44(2)(a).
- <sup>103</sup> *Loi sur les hôpitaux*, RSY 2002, Annexe 2, art. 1.
- <sup>104</sup> Le *chemsex* fait référence à l'activité sexuelle sous l'influence de drogues stimulantes; voir, p. ex., Organisation mondiale de la Santé, « Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations », 2022, en ligne à [www.who.int/publications/i/item/9789240052390](http://www.who.int/publications/i/item/9789240052390).
- <sup>105</sup> K. Thompson et coll., « Prevalence and incidence of hepatitis C infection amongst men who have sex with men in a population-based pre-exposure prophylaxis program in British Columbia, Canada », *Liver Int* 42(7) (2022):1528-1535.
- <sup>106</sup> Agence de la santé publique du Canada, « M-track – surveillance améliorée de l'infection à VIH, des infections transmissibles sexuellement et par le sang et des comportements à risque associés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada, : rapport de la phase 1 », *Agence de la santé publique du Canada*, 2011, en ligne à <https://publications.gc.ca/site/fra/9.639734/publication.html>.
- <sup>107</sup> Voir, p. ex., Gouvernement du Canada, *Droits des personnes LGBTI*, 2023, en ligne à [www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/services/droits-personnes-lgbti.html](http://www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/services/droits-personnes-lgbti.html).
- <sup>108</sup> Voir, p. ex., *Egan c. Canada*, [1995] 2 RCS 513, où la Cour suprême du Canada a statué que l'« orientation sexuelle » est un motif valable pouvant servir de fondement à une plainte pour discrimination; *Vriend c. Alberta*, [1998] 1 RCS 493, où la Cour suprême du Canada a statué que la législation provinciale sur les droits humains qui ne mentionnait pas l'« orientation sexuelle » comme motif interdit de discrimination violait l'article 15(1) de la *Charte*.
- <sup>109</sup> *Toonen v Australia* (1994), Comité des droits de l'homme des Nations Unies, CCPR/C/50/D/488/1992.

- <sup>110</sup> Voir, p. ex., *Young v Australia* (2003), Comité des droits de l'homme des Nations Unies, CCPR/C78/D/941/2000; *Observation générale No 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, août 2000, E/C/12/2000/4; *Résolution de la Commission des droits de l'homme 2002/362002/36 : Exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires*, Comité des droits de l'homme des Nations Unies, avril 2002, E/CN.4/RES/2002/36.
- <sup>111</sup> Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Un expert de l'ONU : la lutte contre la discrimination à l'égard des personnes LGBTI est un droit à la santé et un impératif de développement durable*, juin 2022, en ligne à [www.ohchr.org/fr/press-releases/2022/06/un-expert-tackling-discrimination-against-lgbti-persons-right-health-and](http://www.ohchr.org/fr/press-releases/2022/06/un-expert-tackling-discrimination-against-lgbti-persons-right-health-and)
- <sup>112</sup> Expert indépendant chargé de la question de la protection contre la violence et la discrimination liées à l'orientation sexuelle et l'identité de genre, *Ensuring healthy lives for all, leaving no-one behind*, mars 2023, en ligne à [www.ohchr.org/sites/default/files/2023-03/Reader-friendly-Summary-IESOGI\\_HealthReport-A-HRC-50-27\\_0.pdf](http://www.ohchr.org/sites/default/files/2023-03/Reader-friendly-Summary-IESOGI_HealthReport-A-HRC-50-27_0.pdf).
- <sup>113</sup> Expert indépendant des Nations Unies, *ibid.*
- <sup>114</sup> D. Comeau et coll., « Review of 2SLGBTQIA+ inequities in the Canadian health care system », *Front Public Health* 11 (2023).
- <sup>115</sup> D. Comeau, *ibid.*
- <sup>116</sup> D. Comeau, *supra* note 114; M. Schreiber et coll., « The case for a Canadian standard for 2SLGBTQIA+ medical education », *JAMC* 193(16) (2021) : 562-565; Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *La santé des communautés LGBTQIA2 au Canada*, Rapport du Comité permanent, 42<sup>e</sup> législature, 1<sup>e</sup> session (juin 2019) (Bill Casey, président); H. Yu et coll., « LGBTQ+ cultural competency training for health professionals: a systemic review », *BMC Med Educ* 23(558) (2023).
- <sup>117</sup> D. Comeau, *supra* note 114.
- <sup>118</sup> H. Yu, *supra* note 116. Voir aussi, R Higgins et coll., « Programmes et interventions favorisant l'équité en santé dans les populations LGBTQ2+ au Canada par des mesures sur les déterminants sociaux de la santé », *PSPMC* 41(12) (2021).
- <sup>119</sup> Voir, p. ex., Action hépatites Canada, *supra* note 1; Réseau canadien sur l'hépatite C, *supra* note 2.
- <sup>120</sup> S. Wei et coll., « Sexually acquired severe acute hepatitis C infection in men who have sex with men », *JAMC* 194(45) (2022) : 1537-1540.
- <sup>121</sup> Chambre des communes, *supra* note 116.
- <sup>122</sup> Chambre des communes, *supra* note 116, recommandation 5.
- <sup>123</sup> Chambre des communes, *supra* note 116, recommandation 12.
- <sup>124</sup> Gouvernement du Manitoba, *Communicable Disease Management Protocol : Hepatitis C*, 2023, en ligne à [www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/hepc.pdf](http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/hepc.pdf).
- <sup>125</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Hépatite C : Principaux faits*, *supra* note 6.
- <sup>126</sup> M. Trubnikov et coll., « Estimation de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C au Canada, 2011 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 2014, en ligne à [www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2014-40/rmtc-volume-40-19-18-decembre-2014/rmtc-volume-40-19-18-decembre-2014-2.html](http://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2014-40/rmtc-volume-40-19-18-decembre-2014/rmtc-volume-40-19-18-decembre-2014-2.html).
- <sup>127</sup> C. Greenaway et coll., « Addressing hepatitis C in the foreign-born population: A key to hepatitis C virus elimination in Canada », *Canadian Liver Journal* 1(2) (2018) : 34-50.
- <sup>128</sup> C. Greenaway, *ibid.*
- <sup>129</sup> Voir, p. ex., *Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille*, décembre 1990, Nations Unies (entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2003), A/RES/45/158, art. 28, 43, 48; Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Non-discrimination : groupes en situation de vulnérabilité*, en ligne à [www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-health/non-discrimination-groups-vulnerable-situations#migrants](http://www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-health/non-discrimination-groups-vulnerable-situations#migrants); Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Organisation mondiale de la Santé, *Fiche d'information No. 31 : Le droit à la santé*, en ligne à [www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31\\_fr.pdf](http://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf).
- <sup>130</sup> *Singh c. Ministre de l'Emploi et de l'Immigration*, 1985 CanLII 65 (CSC).
- <sup>131</sup> *Canadian Doctors for Refugee Care v Canada (Attorney General)*, 2014 FC 651.

- <sup>132</sup> Voir, p. ex., Gouvernement du Canada, *Programme fédéral de santé intérimaire : Couverture offerte*, juin 2023, en ligne à [www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/aide-partir-canada/soins-sante/programme-federal-sante-interimaire/resume-couverture-offerte.html](http://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/aide-partir-canada/soins-sante/programme-federal-sante-interimaire/resume-couverture-offerte.html).
- <sup>133</sup> D. Jones, *supra* note 12.
- <sup>134</sup> *Visite au Canada*, 2019, *supra* note 10, paragr. 24.
- <sup>135</sup> *Visite au Canada*, 2019, *supra* note 10, paragr. 87.
- <sup>136</sup> Voir, p. ex., CATIE, *L'hépatite C chez les immigrants et nouveaux arrivants canadiens : Pourquoi les taux d'hépatite C sont-ils plus élevés parmi ces populations?*, janvier 2017, en ligne à [www.catie.ca/fr/prevention-in-focus/lhepatite-c-chez-les-immigrants-et-nouveaux-arrivants-canadiens-pourquoi-les](http://www.catie.ca/fr/prevention-in-focus/lhepatite-c-chez-les-immigrants-et-nouveaux-arrivants-canadiens-pourquoi-les).
- <sup>137</sup> *Fiche d'information No. 31*, *supra* note 129.
- <sup>138</sup> Voir, p. ex., *Fiche d'information No. 31*, *supra* note 129; Réseau canadien sur l'hépatite C, *supra* note 2; voir aussi, M. Pandey et coll., « Identifying Barriers to Healthcare Access for New Immigrants: A Qualitative Study in Regina, Saskatchewan, Canada », *J Immigr Minor Health* 24(1) (2022) : 188-198. C. Greenaway, *supra* note 127; voir aussi, T. Turin et coll., « Perceived barriers and primary care access experiences among immigrant Bangladeshi men in Canada », *Family Medicine and Community Health* 8 (2020).
- <sup>139</sup> Voir, p. ex., *L'hépatite C chez les immigrants et nouveaux arrivants canadiens*, *supra* note 136.
- <sup>140</sup> C. Greenaway, *supra* note 127.



1240, rue Bay, bureau 600, Toronto (Ontario) M5R 2A7  
Téléphone : +1 416-595-1666

[hivlegalnetwork.ca](http://hivlegalnetwork.ca)