

2025

L'ÉTAT DU VIH AU CANADA

Droits, progrès et travail inachevé

Le présent rapport, produit par le Réseau juridique VIH, est soutenu par une subvention communautaire de Gilead Sciences et de ViiV Healthcare. Les opinions exprimées ici par le Réseau juridique VIH, associées à « L'état du VIH au Canada : droits, progrès et travail inachevé », sont uniquement celles des auteur-es et ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les opinions de Gilead Sciences ou de ViiV Healthcare ULC.

AUTEUR-ES

Jennifer van Gennip, Cécile Kazatchkine,
Sandra Ka Hon Chu, André Capretti,
Anne-Rachelle Boulanger, Janet Butler-McPhee

REMERCIEMENTS À

Jill Aalhus, Scott Alan, Chris Aucoin, Kim Bailey,
D^{re} Sofia Bartlett, D^{re} Mia Biondi, Charly Cartier,
Jenn Clamen, Miranda Deck, Jennifer Demchuk,
Tristan Dreilich, Lesley Gallagher, Shohan Illsley,
D^{re} Laurie Ireland, Leegay Jagoe, Christie Johnston,
Jody Jollimore, D^{re} John Kim, D^{re} Bonnie Larson,
D^{re} Mona Loutfy, D^{re} LeeAnne Luft, D^{re} Gisela
MacPhail, Michelle MacRae, Paulette Martin, Julie-
Soleil Meeson, Jonny Mexico, Ken Monteith, Devan
Nambiar, D^{re} Patrick O'Byrne, San Patten, Ryan Peck,
Scott Phipps, Michelle Pittman, Nashira Popovic,
Roger Prasad, Alex Tran, Sandhia Vadlamudy,
James Watson, Aly Welder, Gerard Yetman

CITATION

Le contenu de cette publication peut être reproduit ou copié sans permission.

Citation suggérée :

Réseau juridique VIH. L'État du VIH au Canada :
droits, progrès et travail inachevé. 2025.

Voir

www.hivlegalnetwork.ca/site/L'EtatDuVIHAuCANADA
pour la version la plus à jour de ce document.

RECONNAISSANCES

Le Réseau juridique VIH reconnaît que nous nous trouvons sur l'île de la Tortue, sur des terres et territoires non cédés de nombreux et divers groupes et communautés autochtones qui respectent cette terre et en prennent soin depuis des temps immémoriaux. Nous avons des comptes à rendre à ces communautés.

En tant que militant-es engagé-es à redresser les injustices persistantes et les inégalités en matière de santé, nous reconnaissons que plusieurs de ces préjudices résultent de la colonisation et de ses impacts continus, y compris des pratiques et des institutions qu'il faut démanteler et réformer afin de respecter les peuples autochtones et leurs modes de connaissance et d'existence.

En outre, il est essentiel que nous reconnaissions l'héritage du racisme anti-Noir-es et sa relation avec la criminalisation et les lois et pratiques punitives.

Nous savons que l'implication accrue et l'engagement significatif des personnes vivant avec le VIH sont essentiels à toute réussite dans la réponse au VIH. C'est aux millions de personnes séropositives, encore vivantes ou aujourd'hui décédées, que nous sommes redevables, quelque quarante ans après le début de l'épidémie.

Notre travail est toujours guidé par les personnes ayant une expérience vécue et par la collaboration avec elles, notamment les personnes vivant avec le VIH, les personnes 2ELGBTQ+, les personnes qui utilisent des drogues, les travailleuse(-eur)s du sexe, les personnes ayant une expérience de l'incarcération, les nouveaux(-elles) arrivant-es sur cette terre, les membres d'autres communautés marginalisées et racisées, et les personnes vivant avec l'hépatite C, pour n'en citer que quelques-unes. Les recommandations contenues dans ce document doivent être mises en œuvre en consultation véritable avec les personnes ayant une expertise vécue, pour lesquelles nous avons la plus grande estime.



TABLE DES MATIÈRES

Abréviations	1
Contexte : L'importance de mettre fin à la l'épidémie de VIH	2
Qui est affecté-e de façon disproportionnée?	4
La valeur de la prévention et du traitement	5
Mettre fin à l'épidémie : cibles mondiales	6
Indicateurs mesurant nos progrès	7
Principaux points à retenir	9
Progrès à l'échelon national	10
Recommandations au gouvernement fédéral	11
Rapports de progrès des provinces/territoires/ressorts	
Alberta	12
Colombie-Britannique	13
Manitoba	14
Nouveau-Brunswick	15
Terre-Neuve-et-Labrador	16
Nouvelle-Écosse	17
Ontario	18
Île-du-Prince-Édouard	19
Québec	20
Saskatchewan	21
Yukon	22
Cadre juridique	23
Méthodologie du suivi et de l'évaluation	
Indicateur du taux de nouveaux cas	33
Indicateur en matière de prévention	34
Indicateur en matière de dépistage	35
Indicateur en matière d'accès au traitement et de continuité	36
Indicateur en matière de cadre juridique	37
Indicateur en matière de données et d'évaluation	39
Lacunes et limites des données	40
Références	41

ABRÉVIATIONS

ACC	Anciens combattants Canada
BC-CfE	British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS
GBHRSH	Gais, bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
GSS	Goutte de sang séché
I=I	Indétectable égale intransmissible
IP	infirmier(-ère) praticien-ne
ITSS	Infection(s) transmissible(s) sexuellement et par le sang
LPCPVE	<i>Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation</i>
LRCDas	<i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i>
MD	médecin
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PDS	Point de service
PFSI	Programme fédéral de santé intérimaire
Ph	pharmacien-nes
PPE	Prophylaxie post-exposition
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PSA	Programme de seringues et d'aiguilles
PSAP	Programme de seringues et d'aiguilles en prison
PUD	Personne qui s'injecte des drogues
SBUSP	Sites de besoins urgents en santé publique
SCC	Service correctionnel du Canada
SCS	Service de consommation supervisée
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TAR/ARV	Traitement antirétroviral
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

CONTEXTE : L'IMPORTANCE DE METTRE FIN À L'ÉPIDÉMIE DE VIH

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) attaque le système immunitaire. Il se transmet par contact avec certains fluides corporels d'une personne séropositive. Non traitée, l'infection à VIH peut conduire au syndrome d'immunodéficience acquise (sida), qui empêche le corps de lutter efficacement contre les infections. Toutefois, grâce aux traitements antirétroviraux (TAR) actuels, le VIH est une maladie chronique gérable. Un traitement efficace réduit la quantité de VIH dans le corps (charge virale) à un niveau indétectable – et alors la personne séropositive peut vivre longtemps et rester en bonne santé; de plus, une charge virale indétectable prévient la transmission à d'autres personnes (I=I).

Aperçu de l'épidémie

- Depuis le début de l'épidémie de VIH, 91,4 millions de personnes ont contracté le VIH et environ 44 millions de personnes sont décédées du sida.¹
- Dans le monde, 40,8 millions de personnes vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2021 et 31,4 millions d'entre elles avaient accès à un TAR.² Le monde a réalisé des progrès majeurs, mais de nouvelles infections se produisent, en particulier là où la stigmatisation et les inégalités persistent.
- Au Canada, environ 65 270 personnes vivaient avec le VIH à la fin de 2022, et on estime qu'une personne sur dix n'était pas au courant de son statut.³ Ces dernières années, après une période de déclin au Canada, le nombre de nouveaux cas de VIH a recommencé à augmenter.⁴ En 2023, l'exposition hétérosexuelle était associée à un plus grand nombre de nouveaux diagnostics de VIH que l'exposition chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et le nombre de femmes et de personnes de la diversité des genres contractant le VIH a continué d'augmenter.⁵

Mettre fin à l'épidémie de VIH au Canada est à la fois un impératif de santé publique et un enjeu de droits de la personne.

Chaque occasion manquée, pour la prévention ou le traitement, aggrave les inégalités et retarde notre objectif commun de mettre fin à l'épidémie. Lorsque nous éliminons les obstacles et mettons en place des systèmes qui aident les personnes à prévenir le VIH ou à rester en bonne santé et à atteindre une charge virale indétectable qui empêche sa transmission, nous renforçons notre système de santé dans son ensemble. Une réduction du nombre de nouveaux cas améliorerait la santé des communautés et permettrait que les ressources communes aillent plus loin dans les soins et pour le bien-être de tous et toutes.

L'accès à la prévention, aux soins et au traitement du VIH est une obligation de droits humains et un élément essentiel du droit à la santé. Le droit à la santé est universel et exige que les services VIH soient disponibles, accessibles et de qualité. La protection des droits humains est essentielle pour préserver la dignité humaine dans le contexte du VIH, et elle contribue à répondre au VIH de manière efficace et fondée sur les droits.

Ce qu'il faut maintenant : accès équitable, respect des droits humains et ténacité du leadership et de l'engagement, afin que tou-te-s les Canadien-nes puissent bénéficier de ces avancées qui sauvent des vies.

Engagement mondial

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA) a développé une stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH pour contribuer à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030.⁶ L'Organisation mondiale de la Santé et le Canada ont appuyé cette stratégie.⁷

Droits humains

Le VIH est plus qu'une question de santé. C'est une question de droits humains. Le VIH est profondément lié à la stigmatisation, à la discrimination et aux inégalités reflétées dans les lois et les politiques, qui créent des obstacles à la prévention, au traitement et aux soins.

Une approche pour mettre fin au VIH en se fondant sur les droits signifie que chaque personne peut avoir accès à la prévention, au dépistage, au traitement et aux soins sans stigmatisation, discrimination, ni criminalisation. Une telle approche établit des conditions propices à une réponse efficace au VIH et affirme la dignité des personnes vivant avec le VIH et exposées à un plus grand risque structurel.⁸

Les lois et politiques punitives, que ce soit pour la non-divulgence du VIH, le travail du sexe ou l'utilisation de drogues, alimentent la stigmatisation, suscitent la peur, nuisent à la prévention et éloignent les gens des services. La réforme de ces obstacles est essentielle pour mettre fin au VIH.

Équité en matière de santé

Le VIH ne touche pas tout le monde de la même manière. Les inégalités sociales et structurelles (pauvreté, racisme, colonialisme, sexisme, homophobie, transphobie, instabilité du logement, inégalité d'accès aux soins de santé, etc.) déterminent quels groupes de personnes sont les plus exposés au risque et bénéficient le moins des progrès. Lorsque nous éliminons les obstacles qui privent des gens de soins, nous construisons des systèmes de santé qui nous servent tou-te-s mieux.

Grands enjeux

Le coût de l'inaction est élevé, tant sur le plan humain qu'économique.⁹ Chaque infection évitable représente des années évitables de maladie, de coûts de traitement continu et de potentiel non réalisé.

Pour mettre fin à l'épidémie de VIH, il ne suffit pas d'innover médicalement. Il faut des conditions qui rendent la santé possible pour tous et toutes. Cela signifie qu'il faut veiller à ce que les personnes exposées au risque de contracter le VIH disposent des informations, des outils et du soutien dont elles ont besoin pour prévenir l'infection, et à ce que les personnes vivant avec le VIH puissent rester en bonne santé, s'épanouir et éviter la transmission du virus. Lorsque nos systèmes aident les personnes à protéger plus facilement leur santé, et les communautés à prendre soin les unes des autres, nous nous rapprochons d'un Canada où la transmission du VIH sera rare et où chaque personne pourra vivre à l'abri de la stigmatisation, de la discrimination et de l'iniquité.

« Nos engagements internationaux relatifs au VIH/sida sont en fait des engagements que nous avons pris à l'égard des Canadiennes. Ce sont des engagements à prévenir la maladie et à diagnostiquer et traiter les personnes dans notre propre pays. Nous ne pouvons pas les abandonner. »

– Jody Jollimore,
directeur général, CATIE

« Nos [progrès vers les] objectifs 90-90-90 [les objectifs avant 95-95-95] montrent qu'en date de 2020, nous avons diagnostiqué près de 90 % des personnes vivant avec le VIH au Canada, mais n'avons relié qu'environ 77 % d'entre elles aux soins, et que seulement 73 % des personnes soignées avaient atteint la suppression virale. Cela montre que des efforts de dépistage, seuls, sans voies dédiées et claires pour l'arrimage aux soins, pourraient en fait exacerber les inégalités vécues par les personnes vivant avec le VIH. De fait, favoriser le dépistage du VIH sans s'efforcer tout autant de créer des voies sûres pour l'engagement et le maintien dans les soins, c'est contraire à l'éthique. »

– Dr Patrick O'Byrne,
professeur de sciences infirmières,
Université d'Ottawa



QUI EST AFFECTÉ-E DE FAÇON DISPROPORTIONNÉE PAR LE VIH AU CANADA?

Le VIH peut toucher n'importe qui, peu importe l'âge, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, la race ou l'ascendance. Au Canada, l'épidémie de VIH est toutefois concentrée dans certaines populations en raison de facteurs structurels et sociaux qui créent des inégalités en matière de santé.¹⁰

Les populations touchées de manière disproportionnée par le VIH – souvent appelées « populations clés » –, fréquemment marginalisées ou criminalisées, sont confrontées à une série d'atteintes aux droits humains qui augmentent leur risque de contracter le VIH et leur posent des obstacles à la prévention, aux soins et au traitement.¹¹

Ces inégalités prennent racine dans des facteurs contextuels, qui incluent les déterminants sociaux de la santé, ainsi que dans des forces juridiques, politiques et historiques qui conditionnent la vulnérabilité. Les expériences de stigmatisation, de discrimination et de marginalisation fondées sur la race ou l'appartenance ethnique, le colonialisme et les traumatismes intergénérationnels, le handicap, le statut d'immigrant-e, la classe sociale, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'usage de drogues, l'incarcération et le travail du sexe contribuent toutes aux inégalités sociales et structurelles qui influencent les résultats en matière de santé.⁵ Les disparités en matière d'éducation, d'emploi, de revenu, de sécurité alimentaire, de soutien à la santé mentale, de logement et d'accès aux services sociaux et de santé aggravent encore ces risques.¹⁰ Les personnes qui ont de multiples identités marginalisées sont confrontées à des niveaux de stigmatisation nettement plus élevés, ce qui montre à quel point les positions sociales croisées façonnent l'expérience vécue en lien avec le VIH.¹²

Le VIH affecte de façon disproportionnée certaines populations clés :

- GBHRSH
- personnes qui utilisent des drogues
- personnes incarcérées ou qui l'ont été
- personnes transgenres et de la diversité du genre
- personnes autochtones
- personnes noires
- nouveaux(-elles) arrivant-es, migrant-es et immigrant-es au Canada venant de pays à forte prévalence du VIH

Pour les populations autochtones en particulier, les discriminations et inégalités documentées dans la prestation de services de santé – y compris le manque d'accès aux services dans les régions rurales et éloignées ainsi que le manque de programmes spécifiques aux Autochtones et d'approches adaptées à la culture – continuent de poser des obstacles majeurs à la prévention, aux soins et au traitement du VIH.

Il est important de noter que l'appartenance à une population clé ne constitue pas, en soi, un risque de contracter le VIH. C'est plutôt l'intersection des inégalités qui en découlent, au fil du temps, qui crée des vulnérabilités et des préjudices disproportionnés.

« La stigmatisation continue de nuire aux personnes vivant avec le VIH au Canada, mais ses effets sont inégaux. Notre étude montre que les personnes noires et asiatiques vivant avec le VIH étaient 1,6 et 2,5 fois plus susceptibles que leurs homologues blanches de déclarer une plus grande stigmatisation intériorisée. En outre, nous avons constaté que, par rapport aux participant-es blanc-he-s, les participant-es autochtones étaient 1,6 fois plus susceptibles de faire état d'une stigmatisation anticipée plus importante. Les expériences de stigmatisation ne sont pas homogènes et il est clair que des approches personnalisées pour éradiquer la stigmatisation sont nécessaires de toute urgence. »
– *Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, REACH Nexus*

LA VALEUR DE LA PRÉVENTION ET DU TRAITEMENT

Le coût à vie associé à un nouveau diagnostic de VIH au Canada est de 1,44 million \$.⁹



1,44 \$ million

coût à vie moyen d'un nouveau diagnostic de VIH au Canada



2 434

nouveaux cas de VIH au Canada en 2023⁵



3,5 milliards

augmentation de coût pour 2023 uniquement

Pour mettre fin à l'épidémie, le Canada doit créer les conditions nécessaires pour rendre la prévention et le traitement faciles à obtenir et à maintenir.

Ceci signifie de faire en sorte que :

- Les personnes à risque pour le VIH aient des possibilités réelles et équitables de préserver leur santé, par l'accès à l'éducation sur le VIH, au dépistage, à la PrEP, à la PPE, à du matériel pour des rapports sexuels à moindre risque et à des produits et services de réduction des méfaits.
- Les personnes vivant avec le VIH puissent demeurer en santé et prévenir la transmission, par un accès ininterrompu à des soins, des traitements et du soutien adaptés à leur culture.

Une occasion de prévention ratée

« En décembre 2024, des personnes utilisatrices de drogues dans une communauté nordique ont été informées sur la PrEP. Quelques-unes, dont le test de dépistage du VIH s'était récemment révélé négatif, ont exprimé le souhait de commencer la PrEP. Cependant, en avril 2025, lorsque nous avons été mises en relation avec [le service de prescription en ligne] Freddie, pour avoir accès à la PrEP, elles avaient toutes été diagnostiquées positives au VIH. Chacune de ces personnes. C'était bouleversant. »

– Shohan Illsley, directrice générale du Manitoba Harm Reduction Network

Prévention en pratique :

L'augmentation de l'utilisation de la PrEP à Ottawa entre 2017 et 2021 a coïncidé avec une diminution de 50 à 60 % des nouveaux diagnostics de VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.¹³

« Nous savons qu'un traitement précoce et constant du VIH permet de sauver des vies et d'arrêter la transmission.

Pourtant, pour un trop grand nombre de personnes au Canada, l'accès au traitement dépend encore de l'endroit où elles vivent, du type de couverture dont elles bénéficient ou de leur capacité à payer la quote-part. Si nous voulons vraiment mettre fin au VIH, nous devons veiller à ce que le système lui-même n'empêche pas les gens d'amorcer un traitement et de le poursuivre. »

– Dre Mona Loutfy, spécialiste des maladies infectieuses et fondatrice du Programme de recherche sur les femmes et le VIH

METTRE FIN À L'ÉPIDÉMIE : CIBLES MONDIALES



Le Canada s'est engagé à atteindre les cibles mondiales en matière de dépistage et de traitement du VIH.
Les cibles 2025 sont :

- **avoir diagnostiqué 95 % des personnes vivant avec le VIH**
Assurer un large accès au dépistage du VIH et inciter les personnes à se faire dépister afin de connaître leur statut.
- **traiter 95 % des personnes diagnostiquées**
Faire en sorte que les personnes qui reçoivent un résultat positif au dépistage aient accès au traitement ARV et l'amorcent.
- **une charge virale supprimée chez 95 % des personnes traitées**
Cette cible met en relief l'importance d'une observance constante au traitement ARV, qui conduit à une charge virale indétectable et prévient la transmission du VIH.

Outre les cibles 95-95-95, la Stratégie mondiale de lutte contre le sida inclut les indicateurs suivants :⁴

INDICATEUR	CIBLE 2025
Environnement juridique et politique : % des pays ayant encore un cadre juridique et de politiques qui nuit à la réponse au VIH (c.-à-d. qui entraîne le refus ou la limitation de l'accès aux services)	Moins de 10 %
Nouvelles infections par le VIH	Pas plus de 5 par 100 000 habitant-es
Nombre annuel de nouvelles infections à VIH chez des enfants de 0 à 14 ans	Cible mondiale de 20 000. Besoin d'une cible nationale.
Nombre annuel de personnes décédant de causes liées au VIH	Cible mondiale de 250 000. Besoin d'une cible nationale.
Prévention : nombre de seringues ou d'aiguilles distribuées, pour chaque personne qui s'injecte des drogues (PID)	200
Stigmatisation et discrimination : % de personnes vivant avec le VIH qui vivent de la stigmatisation et de la discrimination	Moins de 10 %
Maladie en stade avancé : pourcentage de personnes séropositives qui amorcent le traitement ARV lorsque leur compte de CD4 est devenu inférieur à 200 cellules/mm ³ (ou stade III ou IV)	Pas plus de 20 %

Des données supplémentaires sont nécessaires pour suivre les progrès réalisés par le Canada vers plusieurs cibles : nombre annuel de nouvelles infections à VIH chez des enfants de 0 à 14 ans, nombre d'aiguilles/seringues distribuées par personne qui s'injecte des drogues, stigmatisation et discrimination subies, et diagnostic de la maladie à un stade avancé.⁴ La disponibilité ou l'absence de données et la pertinence de certains de ces indicateurs au Canada ont influencé le choix des paramètres pour ce rapport.

INDICATEURS MESURANT NOS PROGRÈS

Nous avons élaboré ces paramètres en consultant des partenaires communautaires, de recherche, de laboratoires et clinicien·nes; les éléments reflètent les principaux indicateurs identifiés par ces personnes comme étant les plus essentiels au suivi des progrès, compte tenu des objectifs et des indicateurs mondiaux. Ensemble, ils mesurent des conditions politiques et systémiques nécessaires afin que le Canada arrive à réduire le nombre de nouveaux cas de VIH et atteigne les cibles 95-95-95.



Indicateur 1 : Taux de nouveaux cas de VIH

L'un des objectifs mondiaux pour mettre fin à l'épidémie de VIH est un taux de nouvelles infections d'au maximum 5 pour 100 000 d'ici 2025. Cet indicateur montre où en est chaque ressort par rapport à ce point de repère.



Indicateur 2 : Prévention

Le VIH est une infection évitable. Cet indicateur montre le degré de leadership gouvernemental et d'investissement dans des outils de prévention fondés sur des données probantes :

- Fournir du **matériel neuf pour l'utilisation de drogues ainsi que de matériel pour des rapports sexuels à moindre risque** permet de prévenir la transmission du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Cet indicateur montre si du matériel pour l'utilisation de drogues et pour des rapports sexuels protégés est disponible gratuitement pour les client·es ou pour les prestataires de cet équipement, y compris dans les établissements correctionnels.
- La **PrEP** (prophylaxie pré-exposition) est une stratégie médicamenteuse qui utilise des médicaments antirétroviraux pour prévenir l'infection par le VIH. Lorsqu'elle est prise comme prescrit, si une personne est exposée au virus la PrEP empêche le VIH de se répliquer dans son corps. Cette approche est recommandée aux personnes séronégatives qui présentent un risque élevé de contracter le VIH par voie sexuelle ou lors de l'injection de drogues. Les comprimés à prise orale quotidienne sont efficaces pour nombre de personnes; mais, puisque l'observance reste un problème, pour certaines populations à risque élevé d'exposition au VIH une option injectable à longue durée d'action est bénéfique.^{14,15} Cet indicateur révèle si un ressort offre une option de PrEP orale à prise quotidienne et une option de PrEP injectable à longue durée d'action à toute personne admissible à l'assurance maladie, gratuitement et sans période d'attente.



Indicateur 3 : Dépistage

Pour mettre fin à l'épidémie, il est essentiel que le dépistage du VIH se fasse en temps utile et soit accessible. Il a été démontré que l'expansion du dépistage du VIH permet de réaliser des économies et/ou est rentable.¹³ Cet indicateur examine si le ressort a mis en œuvre trois stratégies de dépistage fondées sur des données probantes qui réduisent les obstacles et augmentent le nombre de diagnostics précoces :

- Gratuité du dépistage rapide** : Le dépistage du VIH au point de service est-il offert sans frais pour les client·es et pour les points de service?
- Diversité des options de spécimen** : Les laboratoires provinciaux acceptent-ils au moins un type de spécimen de rechange au sang veineux (goutte de sang séché, sang d'une piqûre au bout d'un doigt, ou liquide oral) pour le dépistage, le test de confirmation ou le suivi de la charge virale?
- Dépistage anonyme/non nominatif** : Les personnes peuvent-elles accéder au dépistage du VIH sans donner leur nom? Cette possibilité est mesurée en examinant si tous les formulaires standard de demande de dépistage comportent une case à cocher pour un test de dépistage non nominatif ou anonyme.



Indicateur 4 : Accessibilité et continuité du traitement

Le traitement antirétroviral (TAR) est la norme de soins pour toutes les personnes diagnostiquées séropositives, dès que possible après le diagnostic. Le TAR réduit la quantité de VIH dans l'organisme (charge virale) à un niveau indétectable, ce qui contribue à ce que les personnes mènent une vie longue et saine, de même qu'à prévenir la transmission. Le TAR est recommandé pour toutes les personnes diagnostiquées séropositives, quel que soit le stade de l'infection; l'observance au traitement (c.-à-d. ne pas manquer de doses) est essentielle. Cet indicateur évalue si les régimes d'assurance médicaments provinciaux et fédéraux ainsi que les politiques connexes permettent un accès rapide et équitable au TAR et favorisent la continuité du traitement.



Indicateur 5 : Cadre juridique

Le cadre juridique et de politiques influence directement l'accès à la prévention, aux soins et au soutien. Cet indicateur évalue si certaines lois et politiques du ressort favorisent ou entravent la mise en œuvre de mesures efficaces de lutte contre le VIH. Il prend en compte : la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité, du travail du sexe et de l'utilisation de drogues; l'accès à des services de consommation supervisée (SCS) et à des programmes de seringues et d'aiguilles (PSA) dans la communauté; et l'accès à des seringues et aiguilles neuves en prison (PSAP).



Indicateur 6 : Données et évaluation

L'évaluation des progrès accomplis pour mettre fin au VIH nécessite des systèmes de données qui permettent de suivre à la fois les résultats cliniques et les facteurs sociaux et structurels influençant le risque d'infection par le VIH, la prévention et les soins. Des rapports constants et transparents permettent aux gestionnaires des ressorts d'identifier des lacunes, d'allouer des ressources et de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs nationaux et mondiaux. Cet indicateur évalue si six éléments clés sont surveillés, évalués et déclarés publiquement.

- a. **Utilisation de la PrEP** : Les instances effectuent-elles un suivi et des rapports publics concernant le nombre de personnes qui ont accès à la PrEP, notamment par région et/ou population?
- b. **Cascade des soins** : Des mises à jour périodiques sont-elles fournies au sujet de la cascade des soins VIH (diagnostiqué-e → en traitement → charge virale supprimée)?
- c. **Rapports sur les populations clés** : Les instances incluent-elles des données sur la race/ethnicité, le genre et la catégorie d'exposition, dans les rapports annuels de surveillance sur les nouveaux diagnostics de VIH, afin d'éclairer les cascades des soins pour des populations spécifiques?
- d. **Surveillance de la stigmatisation** : Les instances surveillent-elles la stigmatisation associée au VIH – tant au sein du grand public que dans le vécu des personnes vivant avec le VIH – à l'aide d'indicateurs cohérents et éclairés par la communauté, dans la surveillance de santé publique ou les évaluations de santé communautaire?

PRINCIPAUX POINTS À RETENIR



Bien que le Canada ait accompli des progrès considérables dans la réponse à l'épidémie de VIH et dans la mise en place d'une cascade de soins efficace, **le VIH est actuellement en augmentation.**



Les progrès vers l'atteinte de nos cibles 95-95-95 stagnent et le VIH reste un problème urgent dans ce pays, avec des implications tant économiques que sur le plan des droits humains.



De grandes disparités s'observent entre les provinces et les territoires, **le Manitoba et la Saskatchewan ayant de loin le nombre le plus élevé de nouveaux cas de VIH** à l'échelle nationale. Aucune province ni aucun territoire n'a atteint toutes les cibles 95-95-95 : deux ont atteint la cible en matière de diagnostic, deux ont atteint la cible en matière de traitement et six ont atteint la cible en matière de suppression virale. D'après les données disponibles, la **Colombie-Britannique** est la province qui se rapproche le plus des cibles 95-95-95, avec un score de 95-94-96.



Les cibles 95-95-95 mettent l'accent sur la prévention par le traitement (c'est-à-dire I=I), mais ne rendent pas compte de l'impact d'autres stratégies de prévention essentielles, telles que la PrEP, la réduction des méfaits ou l'accès à du matériel réduisant les risques dans l'utilisation de drogues et les rapports sexuels. Le suivi de ces mesures parallèlement aux résultats des traitements nous permettrait de mieux saisir notre réponse collective à la prévention du VIH et de la renforcer.



La criminalisation et les lois et politiques répressives continuent de nuire à la prévention, au traitement et aux soins VIH ainsi qu'aux droits humains. Les lois et politiques qui criminalisent la non-divulgence de la séropositivité, le travail du sexe et l'utilisation de drogues créent des obstacles au dépistage, favorisent la stigmatisation et augmentent la vulnérabilité au VIH. Une réforme des lois et des politiques en se fondant sur les données probantes est essentielle pour créer un environnement propice à la prévention, au traitement et aux soins VIH. Si des lois et politiques conduisent à priver des personnes d'accès à des soins de santé essentiels, y compris les personnes incarcérées, le risque d'infection par le VIH est accru.



Une meilleure formation des prestataires de soins de santé et un meilleur soutien dans la prescription de la PrEP sont essentiels pour réduire le nombre de nouvelles infections.

De nombreuses personnes qui pourraient bénéficier de la PrEP ne se la voient pas proposer, car des prestataires de soins restent incertain-es quant à sa prescription ou ne sont pas à l'aise de discuter des risques liés au VIH. Améliorer la formation des prestataires de soins de santé et leur confiance, en ce qui concerne la PrEP, est une étape clé pour prévenir de nouveaux cas de VIH au Canada. Une mise à jour prochaine des lignes directrices canadiennes de 2017 sur la PrEP et la PPE contre le VIH fournira des recommandations fondées sur des données probantes afin d'impliquer un large éventail de prestataires de soins de santé.¹⁵



Dans certaines juridictions, le coût reste un obstacle à l'accès au TAR et à la PrEP.

Garantir l'accès universel et gratuit au TAR pour les personnes vivant avec le VIH et à la PrEP pour celles et ceux ayant un risque accru de contracter le virus, est essentiel pour prévenir la transmission du VIH.

LES PROGRÈS NATIONAUX



Progrès vers les cibles VIH 95-95-95 (2022)³

89 % ➤ **85 %** ➤ **95 %**

des PVVIH sont
diagnostiquées

des PVVIH diagnostiquées
sont traitées

des PVVIH traitées ont une
charge virale supprimée

Nombre estimé de
PVVIH (2022)³

65 270

Taux de nouveaux cas
par 100 000 (2023)¹³

6,1

Nombre de nouveaux
cas (2023)¹³

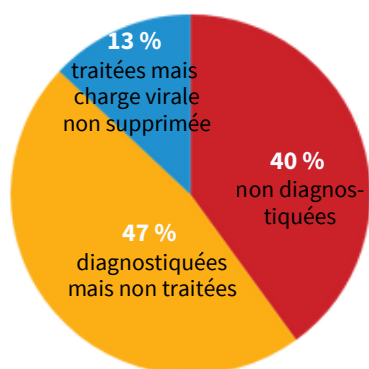
2 434



1 PVVIH sur 10

ne connaissait pas son statut (2022)³

Personnes qui ne sont pas engagées/représentées
dans le continuum des soins VIH au Canada, 2022⁴



16 413

PVVIH non engagées dans le
continuum des soins VIH
(dans les 9 ressorts qui
disposent de données à ce
sujet)



35 %

Augmentation des
nouveaux cas de 2022 à
2023¹²



1 personne

par heure contracte le
VIH (2023)



309

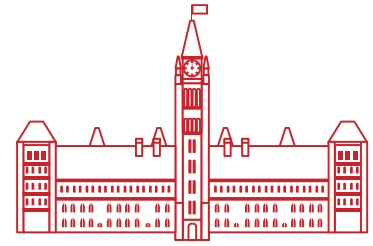
décès liés au VIH (2022)⁴

« Les progrès du Canada vers l'atteinte des
cibles 95-95-95 ont stagné depuis 2020. »

- Rapport de l'Agence de la santé publique du Canada, 2023⁴

RECOMMANDATIONS POUR LE VIH AU PALIER FÉDÉRAL

Le gouvernement du Canada joue un rôle clé pour soutenir la prévention du VIH, le dépistage, l'accès au traitement, les droits humains, la collecte des données et l'équité en matière de santé, notamment pour les populations clés dont la couverture d'assurance santé ou les structures de soins relèvent de la responsabilité fédérale (c.-à-d. Autochtones, détenu-es d'établissements correctionnels fédéraux, demandeur(-euse)s d'asile et programmes communautaires financés par le gouvernement fédéral). Un leadership fédéral fort est crucial pour respecter les engagements nationaux, notamment les cibles 95-95-95 et l'objectif de mettre fin au VIH en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030.



Soutenir la prévention

- ☐ Maintenir et accroître le financement fédéral de programmes communautaires de prévention du VIH et de réduction des méfaits, y compris les initiatives enracinées dans la culture et dirigées par les Autochtones ainsi que les programmes adaptés et à faibles barrières pour d'autres populations clés.
- ☐ Élargir et améliorer le programme d'échange de seringues en prison en supprimant les obstacles à l'accès; et accroître, dans toutes les prisons fédérales, l'accès à des condoms, à du matériel stérile de tatouage/automutilation et à des traitements de substitution aux opiacés équivalents à ceux offerts dans la communauté.

Soutenir le diagnostic, l'arrimage rapide aux soins et la suppression virale

- ☐ Soutenir des modèles de dépistage à faibles barrières, y compris le dépistage communautaire et le dirigé par des pair-es.
- ☐ Financer des programmes communautaires d'arrimage aux soins afin de favoriser l'amorce rapide du traitement antirétroviral et l'observance continue au traitement.
- ☐ Élargir le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) afin d'offrir une couverture pour la PrEP et le TAR, à titre de mesures de santé publique, à toutes les migrant-es qui ne sont pas encore admissibles aux régimes d'assurance médicaments provinciaux/territoriaux.
- ☐ Soutenir l'élaboration de ressources de formation et d'orientations cliniques fondées sur des données probantes, et leur diffusion à l'échelle du pays, pour favoriser la confiance et l'aisance des prestataires de soins de santé à prescrire la PrEP et le TAR, y compris dans les communautés rurales, isolées et mal servies.

Soutenir un cadre juridique habilitant

- ☐ Réformer le *Code criminel* pour cesser de criminaliser la non-divulgaration du VIH, conformément aux preuves scientifiques et aux normes en matière de droits humains.
- ☐ Abroger les dispositions de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* qui criminalisent les personnes utilisatrices de drogues et qui entravent leur accès aux services de santé et de réduction des méfaits.
- ☐ Abroger toutes les dispositions du *Code criminel* portant spécifiquement sur le travail du sexe.
- ☐ Soutenir la mise à l'échelle des services de réduction des méfaits, y compris les services de consommation supervisée, dans tout le pays, par des exemptions fédérales à faibles barrières ainsi que du financement si nécessaire.
- ☐ Financer et appuyer des efforts pour atténuer la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des populations clés.

Soutenir la prise de décisions fondées sur les données ainsi que la reddition de comptes

- ☐ Améliorer la surveillance de la situation du VIH à l'échelle nationale en soutenant des modalités standardisées pour la déclaration de l'utilisation de la PrEP, de la cascade des soins pour chaque population clé, des indicateurs de stigmatisation, de même que des diagnostics en phase avancée, pour l'ensemble des provinces et des territoires.

ALBERTA

Nombre estimé
PVVIH (2022)⁴

5 534

Taux de nouveaux
cas/100 000 (2023) Nouveaux
cas (2023)

10,8

507

Progrès vers cibles 95-95-95
en VIH (2022)⁴

92 % ➤ XX % ➤ XX %



Prévention

- Certains types de matériel de prévention pour l'utilisation de drogues et les rapports sexuels sont offerts gratuitement, avec barrières, dans les communautés; mais pas disponibles dans les prisons.
- Seule la PrEP orale quotidienne est accessible à toute personne admissible à l'assurance maladie provinciale sans frais ni délai d'attente.



Dépistage

- Le test rapide du VIH aux points de service n'est pas disponible gratuitement.
- Plusieurs types de prélèvements sont acceptés pour le dépistage du VIH, le test de confirmation et le suivi de la charge virale.
- Pas de tests non nominatifs ou anonymes en laboratoire.



Accès et continuité traitement

- De multiples TAR recommandés sont fournis gratuitement, sans délai d'attente, à toute personne admissible à l'assurance maladie provinciale.
- Tout-e prescripteur(-trice) expérimenté-e et agréé-e peut prescrire un TAR.
- La distribution est assurée uniquement par une pharmacie centralisée.
- Soutien à l'observance au traitement financé par les fonds publics.



Cadre juridique

- Directives minimales sur la limitation des poursuites judiciaires pour la non-divulgence du VIH; aucune mesure pour réduire la répression à l'encontre des travailleuse(-eur)s du sexe; répression croissante à l'encontre des personnes utilisant des drogues; obstacles croissants aux SCS et aux PSA; aucune action pour des PSA en prison.



Données et évaluation

- Le nombre de personnes ayant accès à la PrEP n'est pas régulièrement surveillé; pas de données publiques.
- La cascade des soins VIH est régulièrement surveillée et les données sont publiques.
- Les indicateurs relatifs aux nouveaux cas de VIH dans les populations clés sont inclus dans les rapports de surveillance annuels.
- Surveillance de la stigmatisation liée au VIH : pas d'information.

L'Alberta affiche le **3^e taux le plus élevé de nouveaux cas de VIH** au Canada. **Cadre juridique de plus en plus répressif à l'égard des populations vulnérables au VIH, offre limitée d'options à faibles barrières pour le dépistage et la prévention** – la province doit renforcer ses **services de prévention accessibles et fondés sur des données probantes** pour compléter son système relativement ouvert de prescription de la PrEP et du TAR.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Nombre estimé
PVVIH (2022)⁴

9,364

Taux de nouveaux
cas/100 000 (2023) Nouveaux
cas (2023)

2,8

154

Progrès vers cibles 95-95-95
en VIH (2022)⁴

95 % ➤ 94 % ➤ 96 %



Prévention

- Du matériel de prévention pour l'utilisation de drogues et les rapports sexuels est disponible gratuitement dans la communauté; seul du matériel de prévention pour les rapports sexuels est disponible dans les prisons, et avec barrières.
- Seule la PrEP orale quotidienne est accessible auprès du BC-CfE; les demandes ne sont pas toutes approuvées.



Dépistage

- Le test rapide du VIH aux points de service est disponible gratuitement.
- Plusieurs types de prélèvements sont acceptés pour le dépistage du VIH, le test de confirmation et le suivi de la charge virale.
- Option de test non nominatif ou anonyme inscrite sur tous les formulaires standards de demande.



Accès et continuité traitement

- De multiples TAR recommandés sont fournis gratuitement, sans délai d'attente, à toute personne admissible à l'assurance maladie provinciale.
- Tout-e médecin et infirmier(-ère) praticien-ne peut prescrire un TAR.
- La distribution est assurée par une pharmacie centralisée ou des pharmacies dans la communauté.
- Soutien à l'observance au traitement financé par les fonds publics.



Cadre juridique

- Directives de limiter les poursuites judiciaires pour la non-divulgence du VIH; aucune mesure pour réduire la répression à l'encontre des travailleuse(-eur)s du sexe; recul des mesures qui réduisaient la répression à l'encontre des personnes utilisant des drogues; soutien aux SCS et aux PSA; aucune action pour des PSA en prison.



Données et évaluation

- Le nombre de personnes ayant accès à la PrEP est régulièrement surveillé et les données sont publiques.
- La cascade des soins VIH est régulièrement surveillée et les données sont publiques.
- Certains indicateurs relatifs aux nouveaux cas de VIH dans les populations clés sont inclus dans les rapports de surveillance annuels.
- Surveillance de la stigmatisation liée au VIH : pas d'information.

Forte du 2^e taux le plus faible de nouveaux cas de VIH, de solides tableaux de bord pour les données publiques et de politiques soutenant le dépistage à faibles barrières et la couverture complète du TAR et de la PrEP, la C.-B. est sur le point d'atteindre les cibles mondiales. Les occasions de renforcer sa réponse au VIH incluent : corriger un manque de cohérence dans l'approbation de la PrEP, signalé par la communauté; combler les lacunes du cadre juridique pour les personnes vulnérables au VIH; et passer à la prochaine étape dans la déclaration des données sur la cascade des soins par population clé.

MANITOBA

Nombre estimé
PVVIH (2022)⁴

2,662

Taux de nouveaux
cas/100 000 (2023) Nouveaux
cas (2023)

20,2

280

Progrès vers cibles 95-95-95
en VIH (2022)⁴

81 % ➤ 83 % ➤ 78 %



Prévention

- Du matériel de prévention pour l'utilisation de drogues et les rapports sexuels est disponible gratuitement dans la communauté; du matériel de prévention pour les rapports sexuels est disponible dans les prisons.
- Seule la PrEP orale quotidienne est accessible à toute personne admissible à l'assurance maladie provinciale sans frais ni délai d'attente.



Dépistage

- Le test rapide du VIH aux points de service est disponible gratuitement.
- Plusieurs types de prélèvements sont acceptés pour le dépistage du VIH, le test de confirmation et le suivi de la charge virale.
- Pas de tests non nominatifs ou anonymes en laboratoire.



Accès et continuité traitement

- De multiples TAR recommandés sont fournis gratuitement, sans délai d'attente, à toute personne admissible à l'assurance maladie provinciale.
- Tout-e médecin, infirmier(-ère) praticien-ne et pharmacie en VIH peut prescrire un TAR.
- La distribution est assurée par des pharmacies dans la communauté.
- Le soutien à l'observance au traitement n'est pas financé par les fonds publics.



Cadre juridique

- Pas de directives pour limiter les poursuites judiciaires pour la non-divulgence du VIH; aucune mesure pour réduire la répression à l'encontre des travailleuse(-eur)s du sexe; nouvelles mesures coercitives à l'encontre des personnes utilisant des drogues; certains soutiens aux SCS et aux PSA; aucune action pour des PSA en prison.



Données et évaluation

- Le nombre de personnes ayant accès à la PrEP n'est pas régulièrement surveillé; pas de données publiques.
- La cascade des soins VIH est régulièrement surveillée et les données sont publiques.
- Les indicateurs relatifs aux nouveaux cas de VIH dans les populations clés sont inclus dans les rapports de surveillance annuels.
- Surveillance de la stigmatisation liée au VIH : pas d'information.

Le Manitoba affiche **le taux le plus élevé de nouveaux cas de VIH au Canada**. La transmission se produit principalement chez les personnes qui s'injectent des drogues. Les taux ont triplé depuis 2019 et d'autres hausses sont prévisibles. La province doit prioriser de toute urgence les **outils de prévention fondés sur des données probantes**, dont le traitement comme moyen de prévention, et établir un **cadre juridique qui favorise** l'accès aux soins et à la prévention du VIH **plutôt que de l'entraver**.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Nombre estimé
PVVIH (2022)

inconnu

Taux de nouveaux
cas/100 000 (2023)

4,9

Nouveaux
cas (2023)

41

Progrès vers cibles 95-95-95 en VIH,
NB et ÎPÉ combinés (2022)⁴

88 % ➤ 99 % ➤ 97 %



Prévention

- Du matériel de prévention pour l'utilisation de drogues et les rapports sexuels est disponible gratuitement dans la communauté, mais pas dans les prisons.
- Seule la PrEP orale quotidienne est accessible à toute personne admissible à l'assurance maladie provinciale. Couverture complète ou partielle selon les règles du régime d'assurance. Des programmes de soutien par les fabricants couvrent les coûts des patient-es pour les produits de marque.



Dépistage

- Le test rapide du VIH aux points de service est disponible gratuitement.
- Plusieurs types de prélèvements sont acceptés pour le dépistage du VIH, le test de confirmation et le suivi de la charge virale.
- Option de test non nominatif ou anonyme disponible sur demande, mais pas inscrite sur le formulaire standard pour les tests de laboratoire.



Accès et continuité traitement

- De multiples TAR recommandés sont disponibles, mais des quotes-parts ou des franchises créent des obstacles de coût pour les personnes admissibles à l'assurance maladie provinciale en vertu des règles du régime.
- Les médecins sont les seul-es à pouvoir prescrire un TAR.
- La distribution est assurée par des pharmacies centralisées désignées.
- Soutien à l'observance au traitement par les fonds publics : pas d'information.



Cadre juridique

- Pas de directives pour limiter les poursuites judiciaires pour la non-divulgence du VIH; aucune mesure pour réduire la répression à l'encontre des travailleuse(-eur)s du sexe et des personnes utilisant des drogues; soutien aux SCS et aux PSA; aucune action pour des PSA en prison.



Données et évaluation

- Le nombre de personnes ayant accès à la PrEP n'est pas régulièrement surveillé; pas de données publiques.
- La cascade des soins VIH est régulièrement surveillée et les données sont publiques.
- Les indicateurs relatifs aux nouveaux cas de VIH dans les populations clés sont inclus dans les rapports de surveillance annuels.
- Surveillance de la stigmatisation liée au VIH : pas d'information.

Le **taux de nouveaux cas de VIH est faible au Nouveau-Brunswick**, mais l'accès à la PrEP et au TAR est **limité par des quotes-parts**, par la **réticence** de nombreux prestataires de soins primaires à prescrire la PrEP (laissant la plupart des prescriptions aux spécialistes) et par une prescription du TAR réservée aux médecins. **Les politiques provinciales rendent le dépistage relativement accessible**, mais la cascade des soins révèle la nécessité d'accroître les occasions de diagnostic.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Nombre estimé
PVVIH (2022)

inconnu

Taux de nouveaux Nouveaux
cas/100 000 (2023) cas (2023)

3,5

19

Progrès vers cibles 95-95-
95 en VIH (2022)⁴

95 % ➤ 88 % ➤ 98 %



Prévention

- Du matériel de prévention pour l'utilisation de drogues et les rapports sexuels est disponible gratuitement dans la communauté; seul du matériel de prévention pour les rapports sexuels est disponible dans les prisons, et avec barrières.
- La PrEP orale et la PrEP par injection sont accessibles à toute personne admissible à l'assurance maladie provinciale. Couverture complète ou partielle selon les règles du régime d'assurance, mais des programmes de soutien par les fabricants couvrent les coûts des patient-es pour les produits de marque.



Dépistage

- Le test rapide du VIH aux points de service n'est pas disponible.
- On n'accepte pas plusieurs types de prélèvements pour le dépistage du VIH, le test de confirmation et le suivi de la charge virale.
- Option de test non nominatif ou anonyme disponible sur demande dans deux cliniques, mais pas inscrite sur le formulaire standard pour les tests de laboratoire.



Accès et continuité traitement

- De multiples TAR recommandés sont disponibles, mais des quotes-parts ou des franchises créent des obstacles de coût pour les personnes admissibles à l'assurance maladie provinciale en vertu des règles du régime.
- Tout-e médecin et infirmier(-ère) praticien-ne peut prescrire un TAR.
- La distribution est assurée par des pharmacies dans la communauté.
- Le soutien à l'observance au traitement n'est pas financé par les fonds publics.



Cadre juridique

- Pas de directives pour limiter les poursuites judiciaires pour la non-divulgence du VIH; aucune mesure pour réduire la répression à l'encontre des travailleuse(-eur)s du sexe; pas de soutien aux SCS; soutien aux PSA; aucune action pour des PSA en prison.



Données et évaluation

- Le nombre de personnes ayant accès à la PrEP n'est pas régulièrement surveillé; pas de données publiques.
- La cascade des soins VIH est régulièrement surveillée et les données sont publiques.
- Pas d'indicateurs relatifs aux nouveaux cas de VIH dans les populations clés dans les rapports de surveillance annuels.
- Surveillance de la stigmatisation liée au VIH : pas d'information.

Les taux de nouveaux cas de VIH sont relativement faibles à Terre-Neuve-et-Labrador, mais la cascade des soins et les rapports de la communauté indiquent des obstacles persistants – comme des **quotes-parts inabordables, de longs délais d'attente pour l'évaluation** et les **connaissances limitées des prestataires de soins primaires sur la PrEP et les soins VIH** – qui entravent l'accès en temps opportun à la PrEP et au TAR. Cela nécessite **une action provinciale en faveur d'une approche au VIH équitable et axée sur la santé publique**.

NOUVELLE-ÉCOSSE

Nombre estimé
PVVIH (2022)
unknown

Taux de nouveaux Nouveaux
cas/100 000 (2023) cas (2023)
3,1 33

Progrès vers cibles 95-95-95
en VIH (2022)⁴

87% ➔ **88%** ➔ **93%**



Prévention

- Du matériel de prévention pour l'utilisation de drogues et les rapports sexuels est disponible gratuitement dans la communauté; seul du matériel de prévention pour les rapports sexuels est disponible dans les prisons, et avec barrières.
- La PrEP orale et la PrEP par injection sont accessibles à toute personne admissible à l'assurance maladie provinciale. Couverture complète ou partielle selon les règles du régime d'assurance, mais des programmes de soutien par les fabricants couvrent les coûts des patient-es pour les produits de marque.



Dépistage

- Le test rapide du VIH aux points de service est disponible gratuitement.
- On n'accepte pas plusieurs types de prélèvements pour le dépistage du VIH, le test de confirmation et le suivi de la charge virale.
- Option de test non nominatif ou anonyme disponible sur demande dans deux cliniques, mais pas inscrite sur le formulaire standard pour les tests de laboratoire.



Accès et continuité traitement

- De multiples TAR recommandés sont fournis gratuitement, sans délai d'attente, à toute personne admissible à l'assurance maladie provinciale.
- Tout-e médecin et infirmier(-ère) praticien-ne peut prescrire un TAR.
- La distribution est assurée par des pharmacies centralisées; les médicaments peuvent être envoyés par la poste sans frais, au besoin.
- Le soutien à l'observance au traitement n'est pas financé par les fonds publics.



Cadre juridique

- Pas de directives pour limiter les poursuites judiciaires pour la non-divulgence du VIH; aucune mesure pour réduire la répression à l'encontre des travailleuse(-eur)s du sexe et des personnes utilisant des drogues; certains soutiens aux SCS et aux PSA; aucune action pour des PSA en prison.



Données et évaluation

- Le nombre de personnes ayant accès à la PrEP n'est pas régulièrement surveillé; pas de données publiques.
- La cascade des soins VIH est régulièrement surveillée et les données sont publiques.
- Certains indicateurs (le genre) relatifs aux nouveaux cas de VIH dans les populations clés sont inclus dans les rapports de surveillance annuels.
- Surveillance de la stigmatisation liée au VIH : pas d'information.

Le taux de nouveaux cas de VIH est faible en Nouvelle-Écosse, et le TAR y est accessible sans quotes-parts, mais des obstacles persistent – notamment des quotes-parts pour certaines personnes qui pourraient bénéficier de la PrEP; un manque de soutien à l'observance financé par la province; et un accès inégal au dépistage à faibles barrières. Cela souligne la nécessité d'une approche provinciale plus équitable et mieux coordonnée pour la prévention et les soins VIH.

ONTARIO

Nombre estimé
PVVIH (2022)⁴

23 172

Taux de nouveaux
cas/100 000 (2023) Nouveaux
cas (2023)

4,6

723

Progrès vers cibles 95-95-95
en VIH (2022)⁴

90 % ➤ 86 % ➤ 98 %



Prévention

- Du matériel de prévention pour l'utilisation de drogues et les rapports sexuels est disponible gratuitement dans la communauté, avec barrières; seul du matériel de prévention pour les rapports sexuels est disponible dans les prisons, et avec barrières.
- La PrEP orale et la PrEP par injection sont accessibles à toute personne admissible à l'assurance maladie provinciale. Couverture complète ou partielle selon les règles du régime d'assurance. Des programmes de soutien par les fabricants couvrent les coûts des patient-es pour les produits de marque.



Dépistage

- Le test rapide du VIH aux points de service est disponible gratuitement.
- On n'accepte pas plusieurs types de prélèvements pour le dépistage du VIH, le test de confirmation et le suivi de la charge virale.
- Option de test non nominatif ou anonyme disponible sur demande dans des cliniques spécifiques, mais pas inscrite sur le formulaire standard pour les tests de laboratoire.



Accès et continuité traitement

- De multiples TAR recommandés sont disponibles, mais des quotes-parts ou des franchises créent des obstacles de coût pour les personnes admissibles à l'assurance maladie provinciale en vertu des règles du régime.
- Tout-e médecin et infirmier(-ère) praticien-ne peut prescrire un TAR.
- La distribution est assurée par des pharmacies dans la communauté.
- Le soutien à l'observance au traitement n'est pas financé par les fonds publics.



Cadre juridique

- Directives minimales sur la limitation des poursuites judiciaires pour la non-divulgence du VIH; répression croissante à l'encontre des travailleuse(-eur)s du sexe et des personnes utilisant des drogues; obstacles croissants aux SCS et aux PSA; aucune action pour des PSA en prison.



Données et évaluation

- Le nombre de personnes ayant accès à la PrEP est régulièrement surveillé et les données sont publiques.
- La cascade des soins VIH est régulièrement surveillée et les données sont publiques.
- Les indicateurs relatifs aux nouveaux cas de VIH dans les populations clés sont inclus dans les rapports de surveillance annuels.
- La stigmatisation liée au VIH est surveillée.

L'Ontario offre les **tableaux de bord les plus complets en matière de données sur le VIH accessibles au public**, et des **programmes qui aident à réduire les quotes-parts et les franchises**. Cependant, sa cascade des soins révèle la nécessité d'**améliorer l'arrimage au soutien pour le traitement**; et son **cadre juridique de plus en plus répressif** à l'égard des populations vulnérables comporte d'importants points à améliorer.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Nombre estimé
PVVIH (2022)

inconnu

Taux de nouveaux cas/100 000 (2023)

2,4

Nouveaux cas (2023)

4

Progrès vers cibles 95-95-95 en VIH, NB et ÎPÉ combinés (2022)⁴

88 % ➤ 99 % ➤ 97 %



Prévention

- Du matériel de prévention pour l'utilisation de drogues et les rapports sexuels est disponible gratuitement dans la communauté, mais pas dans les prisons.
- Seule la PrEP orale quotidienne est accessible à toute personne admissible à l'assurance maladie provinciale sans frais ni délai d'attente.



Dépistage

- Le test rapide du VIH aux points de service est disponible gratuitement.
- Plusieurs types de prélèvements sont acceptés pour le dépistage du VIH, le test de confirmation et le suivi de la charge virale.
- Option de test non nominatif ou anonyme disponible sur demande dans un site, mais pas inscrite sur le formulaire standard pour les tests de laboratoire.



Accès et continuité traitement

- De multiples TAR recommandés sont fournis gratuitement, sans délai d'attente, à toute personne admissible à l'assurance maladie provinciale.
- Tout-e médecin et infirmier(-ère) praticien-ne peut prescrire un TAR.
- La distribution est assurée par une pharmacie centralisée; les médicaments peuvent être livrés par messenger au besoin, aux frais de la personne.
- Soutien à l'observance au traitement financé par les fonds publics.



Cadre juridique

- Pas de directives pour limiter les poursuites judiciaires pour la non-divulgence du VIH; aucune mesure pour réduire la répression à l'encontre des travailleuse(-eur)s du sexe; aucune action pour des PSA en prison.



Données et évaluation

- Le nombre de personnes ayant accès à la PrEP n'est pas régulièrement surveillé; pas de données publiques.
- La cascade des soins VIH est régulièrement surveillée et les données sont publiques.
- Pas d'indicateurs relatifs aux nouveaux cas de VIH dans les populations clés dans les rapports de surveillance annuels.
- Surveillance de la stigmatisation liée au VIH : pas d'information.

Les **taux de nouveaux cas de VIH sont très faibles à l'Île-du-Prince-Édouard**, et la province offre une **couverture complète de la PrEP et du TAR** de même que des **aides à la navigation et à l'observance** financées par des fonds publics. Selon les rapports de la communauté, **le système de distribution centralisé crée des obstacles à l'accès** dans certains cas, en particulier pour les patient-es de régions rurales qui doivent se déplacer ou payer des frais d'expédition; cela soulève une occasion d'assurer un accès équitable dans toute la province.

QUÉBEC

Nombre estimé
PVVIH (2022)⁴

19 101

Taux de nouveaux Nouveaux
cas/100 000 (2023) cas (2023)

5,4

inconnu

Progrès vers cibles 95-95-
95 en VIH (2022)⁴

89 % ➤ 82 % ➤ 96 %



Prévention

- Du matériel de prévention pour l'utilisation de drogues et les rapports sexuels est disponible gratuitement dans la communauté; du matériel de prévention pour les rapports sexuels est disponible dans les prisons.
- La PrEP orale et la PrEP par injection sont accessibles à toute personne admissible à l'assurance maladie provinciale. Couverture complète ou partielle selon les règles du régime d'assurance, mais des programmes de soutien par les fabricants couvrent les coûts des patient-es pour les produits de marque.



Dépistage

- La disponibilité du test rapide du VIH aux points de service est très limitée.
- Types de prélèvements divers pour le dépistage du VIH, le test de confirmation et le suivi de la charge virale : très limité.
- Option de test non nominatif ou anonyme disponible sur demande dans certains sites, mais pas inscrite sur le formulaire standard pour les tests de laboratoire.



Accès et continuité traitement

- De multiples TAR recommandés sont disponibles, mais des quotes-parts ou des franchises créent des obstacles de coût pour les personnes admissibles à l'assurance maladie provinciale en vertu des règles du régime.
- Médecins, infirmier(-ère)s praticien-nes et pharmacien-nes expérimenté-es peuvent prescrire un TAR.
- La distribution est assurée par les pharmacies communautaires.
- Le soutien à l'observance au traitement n'est pas financé par les fonds publics.



Cadre juridique

- Directives minimales sur la limitation des poursuites judiciaires pour la non-divulgence du VIH; aucune mesure pour réduire la répression à l'encontre des travailleuse(-ur)s du sexe; certaines mesures pour réduire la répression à l'encontre des personnes utilisant des drogues; obstacles croissants pour les SCS; aucune action pour des PSA en prison.



Données et évaluation

- Le nombre de personnes ayant accès à la PrEP n'est pas régulièrement surveillé; pas de données publiques.
- La cascade des soins VIH est régulièrement surveillée et les données sont publiques.
- Les indicateurs relatifs aux nouveaux cas de VIH dans les populations clés sont inclus dans les rapports de surveillance annuels.
- Surveillance de la stigmatisation liée au VIH : pas d'information.

Au Québec, les **taux de nouveaux cas de VIH sont très proches des cibles mondiales**, mais la cascade des soins révèle la nécessité d'**améliorer le diagnostic et l'arrimage aux traitements**. Les occasions de renforcer et de rendre plus équitable la réponse québécoise au VIH incluent : **élargir le dépistage à faibles barrières, éliminer les quotes-parts et les franchises pour le TAR et financer des soutiens à l'observance**. Le Québec ne devrait pas s'éloigner d'un cadre juridique habilitant.

SASKATCHEWAN

Nombre estimé
PVVIH (2022)⁴

3 754

Taux de nouveaux
cas/100 000 (2023) Nouveaux
cas (2023)

19,4

233

Progrès vers cibles 95-95-
95 en VIH (2022)⁴

76 % ➤ 73 % ➤ 84 %



Prévention

- Disponibilité très limitée du matériel gratuit de prévention pour l'utilisation de drogues et les rapports sexuels dans la communauté; situation inconnue dans les prisons.
- La PrEP orale et la PrEP par injection sont accessibles à toute personne admissible à l'assurance maladie provinciale, gratuitement et sans délai d'attente.



Cadre juridique

- Pas de directives pour limiter les poursuites judiciaires pour la non-divulgence du VIH; aucune mesure pour réduire la répression à l'encontre des travailleuse(-eur)s du sexe; répression croissante à l'encontre des personnes utilisant des drogues; obstacles croissants aux SCS et aux PSA; aucune action pour des PSA en prison.



Dépistage

- Le test rapide du VIH aux points de service est disponible gratuitement.
- Plusieurs types de prélèvements sont acceptés pour le dépistage du VIH, le test de confirmation et le suivi de la charge virale.
- Option de test non nominatif ou anonyme en laboratoire : pas d'info sur la disponibilité.



Données et évaluation

- Le nombre de personnes ayant accès à la PrEP n'est pas régulièrement surveillé; pas de données publiques.
- La cascade des soins VIH est régulièrement surveillée et les données sont publiques.
- Les indicateurs relatifs aux nouveaux cas de VIH dans les populations clés sont inclus dans les rapports de surveillance annuels.
- Surveillance de la stigmatisation liée au VIH : pas d'information.



Accès et continuité traitement

- De multiples TAR recommandés sont fournis gratuitement, sans délai d'attente, à toute personne admissible à l'assurance maladie provinciale.
- Les professionnel·les approuvé·es (médecins, infirmier(-ère)s praticien·nes, pharmacien·nes) peuvent prescrire un TAR.
- La distribution est assurée par les pharmacies communautaires.
- Soutien à l'observance au traitement financé par les fonds publics : pas d'information.

La Saskatchewan affiche le **2^e taux le plus élevé de nouveaux cas de VIH au pays**. De plus, ses communautés signalent des taux élevés de **stigmatisation** et des **choix de politiques non fondés sur des données probantes**. Par conséquent, la province doit assurer un leadership solide pour **coordonner les services**, soutenir l'**arrimage efficace aux soins** et établir un **cadre juridique favorable plutôt que néfaste à la prévention et aux soins VIH**.

YUKON

Nombre estimé
PVVIH (2022)⁴

82

YK, TNO, NU combinés

Taux de nouveaux
cas/100 000 (2023) Nouveaux
cas (2023)

2,2

inconnu

YK, TNO, NU combinés

Progrès vers cibles 95-95-95
en VIH, (2022)⁴

92 % ➤ XX % ➤ XX %

YK, TNO, NU combinés



Prévention

- Du matériel de prévention pour l'utilisation de drogues et les rapports sexuels est disponible gratuitement dans la communauté, mais pas dans les prisons.
- Seule la PrEP orale quotidienne est accessible à toutes les personnes admissibles à l'assurance maladie du territoire, sans frais ni délai d'attente.



Cadre juridique

- La directive fédérale de limiter les poursuites pour la non-divulgateion du VIH s'applique; aucune action spécifique pour réduire la répression à l'encontre des travailleuse(-eur)s du sexe ou des personnes utilisant des drogues; soutien aux SCS et aux PSA; aucune action pour des PSA en prison.



Dépistage

- Le test rapide du VIH aux points de service n'est pas disponible.
- On n'accepte pas plusieurs types de prélèvements pour le dépistage du VIH, le test de confirmation et le suivi de la charge virale. (Options très limitées pour le dépistage aux points de service.)
- L'option de dépistage sous un nom fictif est disponible sur demande, mais le test non nominatif ou anonyme n'est pas inscrit sur le formulaire standard pour les tests de laboratoire.



Données et évaluation

- Le nombre de personnes ayant accès à la PrEP n'est pas régulièrement surveillé; pas de données publiques.
- La cascade des soins VIH est régulièrement surveillée et les données sont publiques.
- Indicateurs concernant les populations clés dans les rapports de surveillance annuels : pas d'information.
- Surveillance de la stigmatisation liée au VIH : pas d'information.



Accès et continuité traitement

- De multiples TAR recommandés sont disponibles, mais des quotes-parts ou des franchises créent des obstacles de coût pour les personnes admissibles à l'assurance maladie provinciale en vertu des règles du régime.
- Seul-es les médecins en maladies infectieuses peuvent prescrire un TAR.
- La distribution est assurée par les pharmacies communautaires.
- Le soutien à l'observance au traitement n'est pas financé par les fonds publics.

Les taux de prévalence et de nouveaux cas de VIH sont très faibles dans les trois territoires, y compris au Yukon. Cependant, il existe des occasions de renforcer une réponse équitable au VIH grâce à un **dépistage à moindres barrières et à des **options élargies pour la prescription**.**

UN ENVIRONNEMENT JURIDIQUE FAVORABLE

Une approche fondée sur les droits est essentielle pour mettre fin à l'épidémie de VIH. Une telle approche affirme la dignité des personnes vivant avec le VIH et exposées à un risque structurel accru, et créent les conditions juridiques et sociales nécessaires pour que la prévention, les traitements et les soins soient efficaces.⁸

Dans le cadre des Objectifs de développement durable, le Canada et d'autres États membres des Nations Unies se sont engagés à ne laisser personne de côté et à mettre fin à l'épidémie de VIH d'ici 2030. Pour y parvenir, il faut démanteler la stigmatisation, la discrimination et les obstacles juridiques, sociaux, de droits humains et liés au genre qui accroissent la vulnérabilité au VIH et qui limitent l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins.⁸

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida, appuyée par le Canada, inclut un engagement à créer un **environnement juridique favorable** afin de garantir que :

- moins de 10 % des pays aient un environnement juridique et politique punitif qui entraîne le refus ou la limitation de l'accès aux services;
- moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés soient touchées par la stigmatisation et la discrimination; et
- moins de 10 % des femmes, des filles, des personnes vivant avec le VIH et des populations clés subissent des inégalités et violences fondées sur le genre.

Les lois qui ciblent les personnes vivant avec le VIH ou les populations clés réduisent l'utilisation des services, tout en augmentant l'incidence du VIH et en accentuant les inégalités. Des réformes législatives et politiques, y compris la décriminalisation des populations clés, sont essentielles afin d'éliminer les facteurs qui entravent l'accès à la prévention, au traitement et aux soins pour les personnes les plus marginalisées, et d'améliorer les résultats en matière de santé.⁸

Ceci inclut :

- de décriminaliser la non-divulgence du VIH;
- de décriminaliser le travail du sexe; et
- de décriminaliser les activités liées à l'usage de drogues.

La criminalisation et la marginalisation des populations clés

Malgré les avancées du Canada en matière de droits humains, notamment en ce qui a trait à la décriminalisation et à la protection des communautés 2ELGBTIQ+,¹⁷ de nombreuses populations clés sont encore confrontées à la criminalisation et à une marginalisation qui compromettent leur santé et leur sécurité, notamment les personnes vivant avec le VIH, les travailleuse(-eur)s du sexe et les personnes qui utilisent des drogues.

Le Canada est connu depuis longtemps pour ses lois punitives sévères à l'égard de la **non-divulgation du VIH**, des lois qui alimentent la stigmatisation et peuvent décourager les gens de se faire dépister et traiter. Les lois interdisant le commerce du sexe marginalisent et mettent en danger les travailleuse(-eur)s du sexe en augmentant leur risque de violence et en entravant leur accès aux services liés au VIH. En ce qui concerne les politiques fédérales relatives aux drogues, bien que le Canada ait pris quelques mesures progressistes, les efforts pour décriminaliser la consommation personnelle de drogues au Canada se sont enlisés et ont même régressé. Dans plusieurs provinces, les personnes qui consomment des drogues – en particulier celles en situation d'itinérance – sont confrontées à une répression accrue et à des politiques qui limitent l'accès aux services de réduction des méfaits, au traitement volontaire, à l'hébergement et au logement.

L'incarcération aggrave les préjudices. Les personnes incarcérées se voient encore refuser un accès équivalent aux soins de santé et aux mesures de réduction des méfaits qui sont disponibles dans la communauté, ce qui accroît les risques liés au VIH en prison.

Le gouvernement fédéral a reconnu que la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation sont des obstacles majeurs à l'efficacité de la prévention et des soins des ITSS. Dans son *Plan d'action 2024-2030* sur les ITSS, le gouvernement canadien s'engage à soutenir le leadership et l'autodétermination des Premières Nations, des Inuits et des Métis, à lutter contre la stigmatisation et à faire avancer le travail pour réduire la criminalisation excessive de la non-divulgation du VIH, ainsi qu'à offrir des mesures de diversion du système juridique pénal aux personnes qui utilisent des drogues. Cependant, le plan d'action n'aborde pas les autres formes de criminalisation qui continuent à miner la réponse du Canada au VIH.

Pour respecter ses engagements internationaux, le Canada doit se montrer plus audacieux en adoptant une approche globale et fondée sur les droits pour remplacer les châtiments par un soutien et pour supprimer tous les obstacles juridiques et politiques à la prévention, aux soins et au traitement du VIH.

La criminalisation de la non-divulgation du VIH

Au Canada, les personnes vivant avec le VIH peuvent être accusées de n'avoir pas révélé leur séropositivité avant une relation sexuelle, et être poursuivies, condamnées et emprisonnées, souvent au regard du chef d'accusation d'agression sexuelle grave, l'une des infractions les plus graves du *Code criminel*. Un verdict de culpabilité à cette accusation les expose à une peine maximale d'emprisonnement à vie et entraîne leur inscription obligatoire au registre des délinquants sexuels. Aucun autre problème médical n'est traité ainsi.¹⁸

Le Canada est connu mondialement pour la sévérité de son approche relativement à la non-divulgation du VIH (souvent appelée « criminalisation du VIH »). Bien qu'elle soit souvent présentée comme une mesure de santé publique, la criminalisation du VIH nuit en fait à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH. La crainte de poursuites judiciaires peut dissuader les gens de se faire dépister, de révéler leur séropositivité au VIH ou de se faire soigner, ce qui va directement à l'encontre des objectifs de santé publique.

Plus de 200 personnes à ce jour ont été accusées de non-divulgence du VIH.¹⁹ La criminalisation du VIH porte atteinte aux droits humains des personnes vivant avec le VIH, qui souvent font aussi partie d'autres communautés marginalisées, stigmatisées et/ou criminalisées :

- Les personnes noires constituent 4,3 % de la population du Canada, mais elles représentent 22 % du nombre de personnes accusées au criminel pour des allégations de non-divulgence du VIH.²⁰
- De nombreuses femmes inculpées sont autochtones.²¹ Certaines ont vécu des violences sexuelles, ce qui montre que la criminalisation du VIH aggrave les inégalités existantes chez les personnes vivant avec le VIH et la violence à leur égard.

Le Code criminel ne contient pas de disposition spécifique concernant la « non-divulgence du VIH ». En revanche, les tribunaux ont statué que le consentement peut être invalidé par la non-divulgence du VIH avant un rapport sexuel qui pose une « possibilité réaliste » de transmission de l'infection. Ce critère, établi par la Cour suprême en 1998, est appliqué sans uniformité d'une province à l'autre, et les procureur-es ne suivent pas toujours les progrès de la science montrant que les personnes séropositives qui suivent un traitement efficace ou qui utilisent des méthodes de prévention ne présentent aucun risque réaliste de transmission.²²

Le gouvernement fédéral a reconnu les méfaits de la criminalisation excessive²³ et a pris des mesures pour limiter les poursuites criminelles. En 2018, la procureure générale fédérale a publié une directive limitant les poursuites liées au VIH. Cependant, cette directive ne s'applique qu'aux ressorts fédéraux (c'est-à-dire le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut). Seules certaines provinces ont adopté des orientations, notamment la Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario et le Québec.²⁴

Des lignes directrices à l'intention des procureur-es peuvent contribuer à prévenir certaines arrestations et poursuites arbitraires, mais le seul moyen d'arriver à un changement profond est une réforme législative. Les militant-es appellent depuis longtemps à une réforme, notamment à exclure la non-divulgence du VIH de l'application de la loi sur l'agression sexuelle, et à harmoniser le droit avec l'état actuel des connaissances scientifiques.²⁵

Le gouvernement fédéral a annoncé des consultations pour une réforme du droit en 2022, mais aucune action n'a suivi. En conséquence, les personnes vivant avec le VIH demeurent confrontées à la peur, à la stigmatisation et à la criminalisation, alors qu'il est clairement établi que les lois punitives ne protègent pas la santé publique.

« La criminalisation du VIH n'affecte pas seulement les personnes vivant avec le VIH qui ont été inculpées ou poursuivies. Elle a de nombreux autres effets pervers, sous-déclarés, pour les personnes vivant avec le VIH, et en particulier celles qui sont nouvellement arrivées et/ou racisées. La criminalisation est utilisée comme outil de coercition ou de vengeance à l'encontre de femmes vivant avec le VIH dans des relations abusives et même à l'encontre de victimes d'agressions sexuelles. »

- Ken Monteith,
directeur général, COCQ-SIDA
(Coalition des organismes
communautaires québécois de
lutte contre le sida)

« Les personnes vivant avec le VIH sont sous la forte menace de la criminalisation depuis des décennies. Nous ne pouvons pas continuer d'attendre le changement et que le système de « justice » rattrape son retard par rapport à la science et aux droits de la personne. Nous avons besoin que le gouvernement du Canada agisse maintenant, aux côtés d'une communauté qui subit des préjudices quotidiens. »

- Colin Johnson, activiste vivant
avec le VIH et membre du comité
directeur de la Coalition
canadienne pour réformer la
criminalisation du VIH²⁶

La criminalisation du travail du sexe

Les travailleuse(-eur)s du sexe au Canada voient encore leurs droits humains violés de plusieurs façons. La criminalisation du travail du sexe et la stigmatisation qu'elle entraîne obligent les travailleuse(-eur)s du sexe à vivre et à travailler dans des conditions précaires qui diminuent leur contrôle sur leurs conditions de travail et qui augmentent les risques de violence, d'autres abus et de VIH. À l'inverse, il a été démontré que la décriminalisation du travail du sexe améliore la sécurité, l'autonomie et les résultats de santé des travailleuse(-eur)s du sexe.

Les efforts visant à améliorer la santé et la sécurité des travailleuse(-eur)s du sexe et à prévenir le VIH doivent commencer par **le respect de leur autonomie, de leur dignité et de leurs droits humains). La décriminalisation du travail du sexe est une première étape nécessaire.**

En 2013, la Cour suprême du Canada a rendu une décision historique qui a indiqué que les dispositions du *Code criminel* interdisant divers aspects du travail du sexe violaient des droits garantis aux travailleuse(-eur)s du sexe par la *Charte canadienne*.²⁷

En réponse, le gouvernement fédéral a adopté en 2014 la *Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation* (LPCPVE),²⁸ qui continue d'interdire tous les aspects du travail du sexe. Cette loi criminalise la communication publique pour la vente de services sexuels, l'achat de services sexuels, la communication dans ce but d'achat (c.-à-d. qu'elle criminalise aussi les client-es), le fait de bénéficier matériellement du travail du sexe, le proxénétisme ainsi que la publicité pour le travail du sexe, tout en offrant aux travailleuse(-eur)s du sexe une certaine immunité contre des poursuites.²⁹

Plus de dix ans plus tard, les travailleuse(-eur)s du sexe au Canada risquent toujours d'être poursuivi-es, arrêté-es et expulsé-es. Elles/ils doivent faire face à des contraintes concernant la communication de modalités et de conditions des rapports sexuels, le travail avec des tiers et l'exploitation d'un lieu fixe à l'intérieur. La LPCPVE entraîne un ciblage et des contrôles excessifs pour les femmes autochtones, noires, transgenres et migrantes.³⁰ Les travailleuse(-eur)s du sexe migrant-es sont également pénalisés-es par les lois sur l'immigration qui interdisent aux personnes sans statut permanent de travailler dans le secteur du sexe.³¹

Tant que le travail du sexe restera criminalisé, les individus qui l'exercent seront limités dans leurs droits à la sécurité de la personne, à la liberté, à l'autonomie, à la santé, à l'égalité et à des conditions de travail justes et favorables – des droits pourtant protégés par la Charte canadienne et par le droit international des droits humains. Depuis plus d'une décennie, des organismes dirigés par des travailleuse(-eur)s du sexe, y compris les groupes membres de l'Alliance canadienne pour la réforme des lois sur le travail du sexe, demandent l'abrogation de toutes les lois pénales spécifiques au travail du sexe et l'application des lois provinciales relatives à la santé et à la sécurité au travail, de même que des normes d'emploi et de santé publique afin de remédier aux violations des droits auxquelles les travailleuse(-eur)s du sexe sont confrontés-es.³³

« Les travailleuses et travailleurs du sexe autochtones, noir-es, migrant-es et transgenres subissent les conséquences les plus néfastes de la criminalisation du travail du sexe, car nos communautés sont déjà surpoliciées et insuffisamment protégées », a ajouté Monica Forrester, l'une des requérantes individuelles dans cette affaire. « Il faut retirer les lois sur le travail du sexe du *Code criminel* afin que les forces de l'ordre aient un outil de moins à leur disposition. »³²

- Monica Forrester, travailleuse du sexe en Ontario, l'une des requérantes qui contestent la LPCPVE en cour

En 2022, **un comité fédéral chargé d'étudier la LPCPVE a conclu que « la Loi cause un préjudice grave aux personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe en rendant le travail plus dangereux »**.³⁴ Malgré ce constat, le gouvernement fédéral n'a pris aucune mesure pour réformer les lois sur le travail du sexe, et a plutôt défendu les lois en vigueur devant les tribunaux.

En contrepartie, le financement public considérable versé à des initiatives de lutte contre la traite d'humains donne lieu à une surveillance néfaste, à des descentes policières, à des arrestations et à des déportations de travailleuse(-eur)s du sexe. **Les efforts de lutte contre la traite d'humains qui se concentrent sur l'éradication du travail du sexe, plutôt que sur la promotion des droits des travailleuse(-eur)s du sexe, augmentent la maltraitance à l'égard des travailleuse(-eur)s du sexe au lieu d'y remédier**; cette situation les oblige à travailler dans le secret et l'isolement, ce qui accroît leur vulnérabilité à la violence ciblée en plus de créer des obstacles à la réponse au VIH.

« Les services de police locaux, notamment ceux de Saskatoon et de Regina, disposent d'unités spécialisées qui mènent des opérations ciblées. L'application de la loi tend à se concentrer sur les acheteur(-euse)s [i.e. client-es] et les infractions connexes, mais ces lois créent encore des obstacles et des risques pour les travailleuse(-eur)s du sexe dans toute la province. »

- Miranda Deck, responsable des communications, *Prairie Harm Reduction, Saskatchewan*

La criminalisation des personnes qui utilisent des drogues

Au Canada, l'usage de drogues continue d'être largement traité comme un problème de droit criminel, avec des conséquences immédiates sur la santé des personnes qui s'y adonnent. Depuis 2016, plus de 53 000 personnes sont mortes à cause de l'approvisionnement en drogues non réglementées et toxiques; les populations autochtones étant touchées de manière disproportionnée.³⁵ De plus, l'accès aux soins de santé et aux services sociaux, y compris les refuges et le logement, est limité et les personnes qui utilisent des drogues demeurent confrontées à la criminalisation et à des violations de droits humains.

Un abondant corpus de données montre que le recours à l'application de lois pénales (communément appelée « guerre contre la drogue ») entraîne un terrible coût humain pour les personnes qui utilisent des drogues ainsi que d'énormes coûts financiers. De plus, la criminalisation et l'incarcération de personnes pour usage de drogues, ou le nonaccès à des services de santé efficaces, catalysent la propagation d'infections telles que le VIH et le VHC. Soulignons au passage que l'injection de drogues est la deuxième principale catégorie d'exposition au VIH en importance chez les femmes au Canada.³⁶ La protection et la promotion des droits humains des personnes qui utilisent des drogues constituent une approche efficace et nécessaire au respect de leur droit à la santé et à la prévention du VIH.

La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) interdit la possession simple, ce qui signifie que la possession de « substances contrôlées » telles que les opioïdes, la cocaïne, les méthamphétamines et l'ecstasy est criminelle, même pour une consommation personnelle. De plus en plus, les personnes qui utilisent des drogues sont accusées de trafic de stupéfiants et se voient infliger des peines plus sévères en cas de condamnation pour trafic;³⁷ les personnes noires et les personnes autochtones du Canada sont inculpées, poursuivies et incarcérées de manière disproportionnée pour des délits liés à la drogue.^{38,39}

Le Groupe d'experts sur la consommation de substances de Santé Canada : les politiques sur les drogues et la réconciliation avec les Autochtones

« Les politiques et systèmes coloniaux du Canada font du tort aux peuples, aux familles et aux communautés des Premières Nations, Inuits et Métis en les dissociant des forces que procurent leur statut de nation, leur langue, leur territoire et leur culture. (...) La réconciliation pour les peuples, les familles et les communautés des Premières Nations, Inuits et Métis au Canada nécessite une capacité de ressources équitables en vue d'assurer l'accès à des services fondés sur la distinction, la culture et le territoire, à un continuum de soins tenant compte des traumatismes, à des services de réduction des méfaits ainsi qu'à des données probantes renseignées par des personnes qui consomment des drogues et de l'alcool. (...) Un changement immédiat et complet en matière de politique est nécessaire pour rectifier les préjudices historiques et actuels subis par les peuples, les familles et les communautés des Premières Nations, Inuits et Métis.

Les personnes des Premières Nations :

- ayant des antécédents de traumatisme « ont une probabilité 2,9 fois plus élevée de faire un mauvais usage des opioïdes que [celles] n'ayant pas d'antécédents de traumatisme »
- vivant un deuil ou une perte « ont une probabilité 2,8 fois plus élevée de faire un mauvais usage d'opioïdes que [celles] qui n'ont pas vécu de deuil ou de perte. »⁴⁰

En plus de la législation fédérale qui interdit la possession simple, certaines lois provinciales et municipales ainsi que des opérations policières punissent les activités liées à l'utilisation de drogues, et ce, à l'intersection de la pauvreté et du sans-abrisme.⁴¹ Ces lois et ces opérations intensifient la répression à l'égard des personnes les plus marginalisées qui utilisent des drogues. Le contexte canadien actuel est également marqué par des tentatives croissantes de certaines provinces et municipalités de limiter les services de réduction des méfaits et d'autoriser le traitement non volontaire et la détention des personnes qui utilisent des drogues.

Bien qu'il ne soit pas parvenu à adopter la réforme législative nécessaire pour décriminaliser la possession de drogues pour usage personnel, le gouvernement fédéral a reconnu que la criminalisation des personnes qui consomment des drogues entraîne des effets sociaux et sanitaires pervers, et **il s'est engagé à soutenir des politiques et des approches qui « détournent les gens du système de justice pénale et les redirigent vers les services de santé et les services sociaux »**.^{7,42}

Ces mesures fédérales incluent :

- la Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose, adoptée en 2017, qui offre une immunité limitée contre les arrestations et les poursuites pour possession simple aux personnes qui font appel à une aide d'urgence en cas de surdose;
- des directives du Service des poursuites pénales du Canada adressées en 2020 aux procureur-es afin de limiter les poursuites pour possession simple;
- des modifications apportées en 2022 à la LRCDAS, exigeant que les agent-es de la paix et les procureur-es envisagent des alternatives au dépôt ou à la poursuite d'accusations pour possession simple de drogues, et reconnaissant que « la consommation problématique de substances doit être abordée principalement comme un enjeu social et de santé ». (Cela a conduit à une directive du Québec à ses procureur-es, limitant les poursuites liées à la possession simple de drogues.⁴³)

En 2023, la Colombie-Britannique a obtenu de Santé Canada une exemption au titre de la LRCDS pour décriminaliser la possession personnelle d'un total cumulé de 2,5 g d'opioïdes, de crack ou de cocaïne en poudre, de méthamphétamine ou d'ecstasy par des personnes âgées de plus de 18 ans dans des lieux spécifiques uniquement.⁴⁴ Cependant, le gouvernement fédéral a rejeté en 2024 la demande de la ville de Toronto de décriminaliser la possession personnelle de drogues,⁴⁵ et la Colombie-Britannique a recriminalisé la possession de drogues dans les lieux publics.

Depuis 2023-2024, après un déclin de longue haleine, les taux d'infractions liées à la drogue déclarées par la police connaissent une augmentation.

En 2014, 75 % de l'ensemble des infractions liées à la drogue étaient des accusations de possession, comparativement à 42 % en 2024. Cette baisse était probablement due à la légalisation du cannabis en 2018 et aux changements dans les pratiques policières à la suite d'initiatives fédérales et provinciales visant à limiter les accusations de possession simple. En 2024, cependant, les infractions liées à la drogue déclarées par la police ont augmenté,⁴⁶ en raison des approches de plus en plus coercitives et punitives de l'utilisation de drogues, qui se répandent dans tout le pays.

Le Canada ne doit pas revenir en arrière.⁴⁷

Les personnes qui utilisent des drogues et les organismes de défense des droits humains continuent de se mobiliser pour une réforme des lois canadiennes sur les drogues,⁴⁸ exhortant les gouvernements à délaisser le châtiment, à décriminaliser complètement les personnes qui utilisent des drogues et à adopter un modèle de réglementation juridique pragmatique et fondé sur les droits pour toutes les drogues.⁴⁰

Les lois et politiques qui nuisent à l'accès à la réduction des méfaits et aux soins pour les personnes qui utilisent des drogues

La réduction des méfaits est une approche de santé publique fondée sur des données probantes qui vise à réduire les méfaits sociaux, économiques et de santé liés à l'utilisation de substances, y compris le VIH, le VHC et les ITSS.

« Les personnes marginalisées pour des facteurs multiples sont [...] moins enclines à se rendre physiquement sur place pour accéder aux services [de consommation supervisée], car elles se retrouveraient alors dans un environnement, au centre-ville, où les interactions avec la police sont plus fréquentes. Pourquoi prendre ce risque si l'on peut espérer trouver d'autres façons d'obtenir du matériel de réduction des méfaits auprès d'ami-es? Et encore une fois, cela fonctionne jusqu'à ce que cela ne fonctionne plus; il suffit évidemment d'une seule fois où l'on partage une seringue pour contracter une infection transmissible par le sang. »³⁷
- *Un-e intervenant-e en réduction des méfaits en Ontario*

« Quand une personne craint la police, nous savons que cela accroît son isolement. Cela diminue la probabilité qu'elle accède aux services, cela réduit notre capacité à trouver une personne qui aurait besoin d'aide lors d'un incident avec une drogue toxique. L'un des objectifs de la décriminalisation est de faire en sorte que les personnes reçoivent les soins dont elles ont besoin, y compris l'accès à la réduction des méfaits. La recriminalisation de l'utilisation de drogues dans l'espace public, par la Colombie-Britannique, est un dangereux pas en arrière. »
- *DJ Larkin (ielle), direction générale, Coalition canadienne des politiques sur les drogues*

Fondés sur les droits humains et la justice, les principes de la réduction des méfaits incluent ceux de soutenir les individus sans jugement, coercition, ni discrimination, et sans exiger qu'ils cessent d'utiliser des drogues pour obtenir du soutien.⁴⁹ La réduction des méfaits est un élément essentiel de la riposte du Canada au VIH, de son *Plan d'action 2024-2030 sur les ITSS*⁷ et de la *Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances*.⁴²

En dépit de très abondantes preuves de son efficacité, la réduction des méfaits demeure fortement politisée et vulnérable aux changements de priorités politiques. La stigmatisation, la criminalisation et la discrimination à l'égard des personnes qui utilisent des drogues continuent de nuire à l'accès aux soins et d'affaiblir le soutien politique et financier à ces services. De plus, les obstacles juridiques et de politiques affectant les services de réduction des méfaits ne cessent de se multiplier à tous les paliers de gouvernement.

N.B. Le présent rapport porte sur deux interventions de réduction des méfaits essentielles pour prévenir le VIH chez les personnes qui utilisent des drogues : les services de consommation supervisée (SCS) et les programmes de seringues et d'aiguilles (PSA). D'autres programmes cruciaux (comme l'approvisionnement sûr et le traitement par agonistes opioïdes) jouent un rôle clé et connaissent d'importants développements juridiques et de politiques, mais ne sont pas abordés en détail dans ce rapport.

Les services de consommation supervisée

Les services de consommation supervisée (SCS) fournissent des espaces sûrs et hygiéniques où les gens peuvent utiliser des drogues sous la supervision d'employé-es ou de bénévoles formé-es. Ces services de santé fondés sur des données probantes préviennent les décès par surdose (ou dus à des drogues toxiques), réduisent la transmission du VIH et du VHC par l'éducation et la distribution de matériel de réduction des méfaits, et orientent les client-es vers d'autres services sociaux et santé. Ils réduisent de plus l'utilisation de drogues en public et la quantité de matériel jeté dans des lieux publics.⁵⁰

Le *Plan d'action 2024-2030 du Canada sur les ITSS* et la *Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances* incluent tous deux des engagements à soutenir l'établissement de SCS et de sites temporaires de prévention des surdoses par des procédures d'autorisation fédérale simplifiées, en collaboration avec les provinces et territoires.⁷

Le VIH continue d'affecter de manière disproportionnée les femmes qui utilisent des drogues, au Canada.

En 2022, 36 % des cas de VIH chez les femmes et les filles de 15 ans et plus étaient liés à l'injection de drogues, contre 13 % chez les hommes et les garçons. La violence fondée sur le genre et d'autres inégalités exacerbent ce risque. Des SCS sensibles au genre et adaptés à la culture peuvent offrir non seulement des conditions plus sécuritaires pour l'utilisation de drogues, mais également un refuge contre la violence et un point d'accès aux soins.

Pour fonctionner en toute légalité, un SCS doit détenir une exemption fédérale de Santé Canada. Au cours des dernières années, l'approche flexible de Santé Canada a permis une expansion des SCS, mais la mise en œuvre de ces services connaît à présent un ralentissement. Les projets visant à établir un cadre réglementaire stable et à long terme piétinent et Santé Canada aurait ajouté de nouvelles exigences pour les demandes d'exemption, probablement en réponse aux pressions de provinces, ce qui rend plus difficile d'exploiter un SCS.

Dans certaines provinces, l'accès aux SCS a fortement diminué. En Ontario, au moins 10 SCS ont fermé leurs portes en 2025. **Certains gouvernements provinciaux ont retiré leur financement et/ou adopté des lois restrictives, forçant les sites existants à fermer et empêchant l'ouverture de nouveaux sites.** Ces mesures compromettent les engagements du Canada en matière de santé publique et menacent de renverser des progrès durement acquis dans la prévention du VIH, du VHC et des décès par surdose.

Les programmes de seringues et d'aiguilles

Depuis près de quarante ans au Canada, des programmes de seringues et d'aiguilles (PSA) fournissent du matériel neuf aux personnes qui utilisent des drogues afin de prévenir la transmission du VIH, du VHC et d'autres infections. Les PSA comptent parmi les programmes de réduction des méfaits les plus efficaces et les mieux établis au monde. De nombreuses preuves démontrent leurs bienfaits pour la santé individuelle et publique.

Il n'existe pas d'obstacle juridique ou de politique défavorable aux PSA au palier fédéral, mais de nouvelles restrictions font leur apparition dans certaines provinces, notamment en Saskatchewan et en Ontario. Cela inclut des interdictions quant au type de matériel fourni, au mode de distribution et au lieu d'implantation des programmes. Ces mesures signalent un renversement préoccupant de l'engagement de longue date du Canada à la réduction des méfaits et menacent de compromettre les progrès accomplis dans la lutte contre la transmission du VIH et des ITSS.

Les soins de santé et la réduction des méfaits en prison

Le VIH et le VHC sont beaucoup plus répandus dans les prisons canadiennes que dans la population générale. Cela s'explique en partie par le fait que des communautés déjà affectées de manière disproportionnée par le VIH – notamment les personnes qui utilisent des drogues et les Autochtones – connaissent des taux disproportionnés d'incarcération. De plus, cela montre que les services de santé en prison ne sont pas équivalents à ceux offerts dans la communauté, ce qui constitue une violation des droits de la personne.⁵²

« Je pense que [la fermeture forcée du seul SCS de Thunder Bay par le gouvernement ontarien] va continuer à pousser la consommation [de drogues] dans la clandestinité (...) Les gens prendront de plus en plus de risques, donc il y aura de plus en plus de décès, mais aussi de plus en plus de maladies infectieuses qui se propageront dans ce contexte. »⁵¹

- Holly Gauvin, directrice générale d'Elevate NWO, un organisme de réduction des méfaits établi à Thunder Bay, commentant la fermeture de SCS forcée par le gouvernement de l'Ontario en 2025

« De plus en plus services de réduction des méfaits en Alberta, qui ont joué un rôle central dans la lutte contre l'épidémie de VIH, sont en train de perdre leur financement. Quelles seront les conséquences de leur fermeture pour les Albertain-es? En l'absence d'accès à des services intégrés incluant les meilleures pratiques de réduction des méfaits, les infections transmissibles sexuellement et par le sang augmenteront. L'utilisation et les coûts des hôpitaux augmenteront également en raison d'un plus grand nombre d'infections de la peau, des organes et des os, d'un plus grand nombre de séjours en unité de soins intensifs et même d'amputations. Le coût de ces infections est élevé par rapport à celui d'une trousse de réduction des méfaits qui coûte environ un dollar. »

- Bonnie Larson, professeure adjointe clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Calgary

L'accès limité au **traitement par agonistes opioïdes, aux condoms, aux fournitures pour des rapports sexuels plus sécuritaires, au matériel d'injection stérile et à d'autres mesures de réduction des méfaits** exacerbe la transmission du VIH et du VHC en prison et augmente les coûts de santé publique. Certains systèmes correctionnels disposent de politiques favorables à la distribution de fournitures pour des rapports sexuels plus sécuritaires, mais cet accès demeure variable et stigmatisé. Souvent, les personnes incarcérées doivent demander ces fournitures au personnel, ce qui en décourage l'utilisation dans des milieux où les rapports sexuels sont traités comme une infraction.

L'accès à d'autres services de réduction des méfaits en prison est encore plus limité. Malgré la présence documentée d'utilisation et d'injection de drogues en prison, le Service correctionnel du Canada (SCC) est le seul ressort doté d'un Programme d'échange de seringues dans les prisons (PESP), actuellement offert dans 11 établissements fédéraux. Ce programme a vu le jour en 2018 à la suite d'une poursuite intentée par un ex-détenu et des partenaires communautaires.⁵³ Cependant, le programme demeure largement inaccessible,⁵⁴ ce qui contredit l'engagement du gouvernement fédéral, dans son *Plan d'action 2024-2030* sur les ITSS, à élargir les programmes de seringues et de prévention des surdoses à l'ensemble des établissements correctionnels fédéraux.

Pleins feux sur l'incarcération de masse des Autochtones au Canada

Les Autochtones représentent **32 % de la population carcérale fédérale**, alors qu'ils/elles ne constituent que **5 % de la population adulte du Canada**. Chez les femmes, l'écart est encore plus marqué : **environ la moitié des femmes détenues de ressort fédéral sont autochtones**. Cette surreprésentation due aux effets persistants du colonialisme et du racisme systémique contribue à de moins bons résultats de santé, y compris à un risque accru de VIH, de VHC et de préjudice ou de décès dû à des drogues toxiques.

La **Commission de vérité et réconciliation** et l'**Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées** ont toutes deux appelé les gouvernements à réduire la surincarcération et à offrir en prison des services de santé et de réduction des méfaits qui soient sensibles et adaptés à la culture.⁵⁵

Afin de garantir le droit à la santé des personnes incarcérées, tous les ressorts doivent assurer un accès véritable à des soins de santé et des services de réduction des méfaits selon les mêmes normes que dans la collectivité. Cela inclut, au minimum :

- les fournitures pour des rapports sexuels plus sécuritaires;
- le traitement par agonistes opioïdes;
- les services d'éducation, de dépistage, de traitement et de counseling en matière d'ITSS;
- la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et post-exposition (PPE);
- le matériel stérile pour l'utilisation de drogues; et
- des services de tatouage et de perçage plus sécuritaires.⁵⁵

« L'incarcération massive des Autochtones est la continuation directe des lois et politiques coloniales qui ont déplacé, criminalisé et marginalisé les communautés autochtones depuis des générations. La réduction des méfaits doit répondre à ces préjudices systémiques en soutenant des approches autochtones, fondées sur la culture, qui rétablissent le pouvoir, l'autodétermination et le bien-être des Premières Nations, des Inuits et des Métis, tant en prison que dans la communauté. »

- Trevor Stratton, gestionnaire des politiques sur le leadership autochtone,
CAAN Communautés, alliances et réseaux

MÉTHODOLOGIE DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION

Indicateur 1 : Taux de nouveaux cas de VIH

Raison d'être :

L'une des cibles mondiales pour mettre fin à l'épidémie de VIH consiste à réduire le nombre de nouveaux cas à un taux de 5 pour 100 000 par an.

Méthodologie du suivi et de l'évaluation :

Nous avons examiné les rapports sur les nouveaux cas de VIH en 2023 pour chaque province et territoire (déclarés à la fois en nombre de cas et en taux par 100 000 hab.).

Si le taux est égal ou inférieur à la cible 2025, nous l'indiquons en vert. S'il est supérieur mais proche de la cible 2025, nous l'indiquons en jaune. Si le taux est largement supérieur à la cible 2025, nous l'indiquons en rouge.

Tableau 1. Nouveaux cas déclarés de VIH, 2023. (Cible 2025 = 5 par 100 000 hab.)

Prov./terr.	Taux de VIH	Cas de VIH	Source
Alberta	10,8	507	56
Colombie-Britannique	2,8	154	57
Manitoba	20,2	280	58
Nouveau-Brunswick	4,9	41	59
Terre-Neuve-et-Labrador	3,5	19	60
Nouvelle-Écosse	3,1	33	61
Ontario	4,6	723	62
Île-du-Prince-Édouard	2,4	4	63
Québec	5,4	Inconnu	5
Saskatchewan	19,4	233	64
Yukon	Inconnu	Inconnu	S/O

Indicateur 2 : Prévention

i. Matériel préventif pour l'utilisation de drogues et les rapports sexuels

Raison d'être :

La fourniture de matériel neuf à usage unique pour l'utilisation de drogues et pour les rapports sexuels à moindre risque permet de prévenir la transmission du VIH et d'autres ITSS.

Méthodologie du suivi et de l'évaluation :

Nous avons examiné les politiques des ressorts relativement à la réduction des méfaits afin de savoir si du matériel de prévention pour l'utilisation de drogues et les rapports sexuels est disponible gratuitement pour les client-es ou les prestataires de ces fournitures, y compris dans les établissements pénitentiaires.

ii. Accès à la PrEP

Raison d'être :

La PrEP est une stratégie médicamenteuse consistant à utiliser des ARV pour prévenir l'infection par le VIH. Elle est recommandée pour les personnes séronégatives qui présentent un risque élevé de contracter le VIH lors de rapports sexuels ou de l'injection de drogues. Bien que les comprimés oraux quotidiens conviennent à de nombreuses personnes, l'observance demeure un problème, et pour certaines populations à risque élevé d'exposition au VIH l'option de PrEP injectable à action prolongée est bénéfique.¹²

Méthodologie du suivi et de l'évaluation :

Nous avons examiné les listes de médicaments remboursables dans les différents ressorts afin de savoir si les régimes de PrEP orale quotidienne et par injection à action prolongée sont disponibles gratuitement pour toutes les personnes admissibles à l'assurance maladie, sans délai d'attente.

Tableau 2. Politiques sur l'accès à du matériel préventif pour l'utilisation de drogues et les rapports sexuels, 2025.

Prov./ terr.	Matériel de prévention fourni gratuitement pour l'utilisation de drogues et les rapports sexuels		Disponibilité de la PrEP orale quotidienne et de la PrEP par injection à longue durée d'action ⁶⁶	
	Dans la communauté	Dans les prisons ⁶⁵	Orale	Injection longue durée
AB	Oui, avec barrières	Non	Oui	Non
CB	Oui	Matériel sexu. avec barrières	Oui	Non
MB	Oui	Matériel sexu.	Oui	Non
NB	Oui	Non	C/P	Non
TN-L	Oui	Matériel sexu. avec barrières	C/P	C/P
NÉ	Oui	Matériel sexu. avec barrières	C/P	C/P
ON	Oui, avec barrières	Matériel sexu. avec barrières	C/P	C/P
ÎPÉ	Oui	Non	Oui	Non
QC	Oui	Matériel sexu.	C/P	C/P
SK	Oui, avec nombreuses barrières	Inconnu	Oui	Oui
YK	Oui	Non	Oui	Non
SSNA/SCC/ACC	Inconnu	SCC : Matériel sexu. avec barrières	Oui	Oui

C/P : couverture complète ou partagée, selon les règles du régime d'assurance médicaments

Indicateur 3 : Dépistage

Raison d'être :

Le dépistage accessible et en temps opportun du VIH est essentiel pour mettre fin à l'épidémie. Cela inclut des options de dépistage rapide accessibles; des alternatives au prélèvement sanguin veineux pour le dépistage du VIH, le test de confirmation et le suivi de la charge virale; de même que la disponibilité d'options de dépistage anonymes ou non nominatives. Ces approches offrent des avenues accessibles et à faibles barrières pour le diagnostic et les soins, qui font en sorte que les personnes peuvent se faire dépister de manière sûre, pratique et convenant à leur situation.

Méthodologie du suivi et de l'évaluation :

Nous avons demandé de l'information sur les politiques des ressorts en matière de dépistage ainsi que sur leurs formulaires de laboratoire, pour savoir :

- Si le dépistage du VIH aux points de service est fourni sans frais aux client-es ou prestataires de dépistage
- Si les laboratoires prov. acceptent au moins un type de prélèvement autre que le sang veineux (goutte de sang séché, sang capillaire du bout d'un doigt, ou fluide oral) pour dépistage du VIH, test confirmation et suivi charge virale
- Si tous les formulaires standards de demande de test de laboratoire incluent une case à cocher pour demande de test non nominatif ou anonyme. (Les prov./territ. permettant test anonyme ou non nominatif dans certains sites uniquement ou sur demande sont également indiqués.)

Tableau 3. Politiques sur l'accès aux tests VIH, 2025.

Prov/Terr	Tests VIH au DPS fournis sans frais	Options de spécimens divers	Option non nominatif ou anonyme sur formulaires
AB	Non, seulement 1 site pilote	Oui, GSS	Non
CB	Oui	Oui, DPS & GSS	Oui
MB	Oui	Oui, GSS	Non
NB	Oui	Oui, GSS	Non, mais non nominatif dispo. sur demande
TN-L	Non	Non	Non, mais dispo. sur demande dans 2 cliniques
NÉ	Oui	Non	Non, mais dispo. sur demande dans 2 cliniques
ON	Oui	Non	Non, mais dispo. sur demande dans certains sites
ÎPÉ	Oui	Oui, GSS	Non, mais dispo. sur demande dans un site
QC	Oui, mais très limité	Oui, DPS très limité	Dispo. dans certains sites
SK	Oui	Oui, GSS	Inconnu
YK	Non	Non	Non, mais pseudonyme OK

GSS : goutte de sang séché; DPS : dépistage aux points de service

Indicateur 4 : Accès au traitement et continuité

Raison d'être :

Le traitement antirétroviral (TAR) est la norme de soins pour toute personne diagnostiquée séropositive au VIH, dès que possible après le diagnostic. Il réduit la quantité de VIH dans le corps (charge virale) à un niveau indétectable (I=I) permettant aux personnes concernées de mener une vie longue et saine, tout en prévenant la transmission. Le traitement est recommandé pour toute personne diagnostiquée séropositive au VIH, quel que soit le stade de l'infection; et l'observance thérapeutique (c.-à-d. ne pas manquer de doses) est essentielle.

Méthodologie du suivi et de l'évaluation :

Nous avons examiné les politiques des ressorts relativement à la couverture, à la prescription, à la délivrance du TAR et au soutien à l'observance thérapeutique, afin de déterminer :

- Si de multiples TAR recommandés sont disponibles gratuitement pour toute personne admissible à l'assurance maladie publique, sans délai d'attente
- Qui peut prescrire un TAR (limité aux spécialistes ou plus accessible?)
- Si la distribution des médicaments du TAR est centralisée ou si l'on peut se les procurer dans les pharmacies communautaires
- Si la province ou le territoire finance des programmes de soutien à l'observance.

Tableau 4. Politiques sur l'accès au traitement VIH et sa continuité, 2025.

Prov./terr.	Disponibilité de multiples TAR recommandés ⁶⁷	Distribution centralisée ou communautaire	Financement public du soutien à l'observance	Qui peut prescrire un TAR? ⁶⁸	Couvert. : quote-part ou franchise ^{67,68}
AB	Oui	Centralisée	Oui	MD, IP, Ph	Non
CB	Oui	Centralisée mais envoi possible à pharma. communautaire	Oui	MD, IP	Non
MB	Oui	Communauté	Non	MD, IP, Ph VIH	Non
NB	Oui	Inconnu	Inconnu	MD	Oui
TN-L	Oui	Communauté	Non	MD, IP	Oui, plupart des cas
NÉ	Oui	Centralisée mais envoyé sans frais au besoin	Non	MD, IP	Non
ON	Oui	Communauté	Non	MD, IP	Oui, plupart des cas
ÎPÉ	Oui	Centralisée	Oui	MD, IP	Non
QC	Oui	Communauté	Non	MD, IP, Ph	Oui
SK	Oui	Communauté	Inconnu	MD, IP, Ph avec entente de prescrip. collaborative	Non
YK	Oui	Communauté	Non	Spéc. Infect.	Oui

Indicateur 5 : Cadre juridique

Raison d'être :

Le cadre juridique et de politiques peut influencer et façonner directement l'accès à la prévention, aux soins et au soutien.

Méthodologie du suivi et de l'évaluation :

Nous avons examiné les lois et politiques des ressorts afin de déterminer si elles favorisent ou entravent l'efficacité des réponses au VIH. Nous avons examiné les éléments suivants :

- La criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité, de l'usage de drogues et du travail du sexe;
- L'accès à des services de consommation supervisée (SCS) et à des programmes d'échange de seringues et aiguilles (PSA); et
- L'accès à des programmes de seringues et aiguilles dans les prisons (PSAP).

Tableau 5. Aperçu du cadre juridique relatif au VIH, 2025.

Ressort	Mesures limitant criminalisation VIH	Mesures réduisant la répression du travail du sexe	Mesures réduisant répression des PUD	Mesures facilitant l'accès aux SCS et PSA	Mesures pour fournir des PSAP
Féd.	Oui et non. Adoption d'une Directive à l'intention des procureurs limitant les poursuites contre les PVVIH, mais pas de réforme de la loi criminalisant la non-divulgence du VIH.	Non	Oui et non. Les lois fédérales criminalisent les activités liées à l'usage personnel de drogue. Mesures prises pour autoriser les alternatives aux poursuites en cas de possession pour usage personnel. Abrogation des peines minimales pour les infractions liées aux drogues.	Oui. Des mesures prises pour faciliter l'expansion des SCS mais les efforts stagnent avec un risque réel de retour en arrière.	Oui. En 2018, le gouvernement fédéral a autorisé la mise en place de programmes d'échange de seringues dans quelques prisons mais il n'y a pas véritablement d'accès.
AB	Oui. Adoption d'orientations (mais limitées) pour les procureurs en matière de non-divulgence du VIH.	Non	Non. Surveillance policière accrue des PUD et adoption d'une loi en 2025 autorisant le traitement involontaire.	Non. Mise en place d'un processus de demande de permis pour les SCS en 2021 et coupe dans les financements de certains programmes de réduction des risques.	Non
CB	Oui. Adoption d'orientations pour les procureurs qui limitent les poursuites en cas de non-divulgence du VIH.	Non	Oui et non. Décriminalisation de la possession personnelle en 2023 puis re-criminalisation de la possession dans l'espace public.	Oui	Non
MB	Non	Non	Non. Adoption en 2025, d'une loi autorisant la détention des PUD "intoxiquées" pendant 72h au lieu de 24h.	Oui et non. Le projet d'ouvrir un SCS unique fondé sur une approche autochtone est retardé.	Non
NB	Non. Mais une politique sur les poursuites est en préparation.	Non	Non	Oui. Utilisation de l'exemption fédérale de catégorie pour faciliter la mise en place d'un SBUSP.	Non

Tableau 5. Aperçu du cadre juridique relatif au VIH, 2025. (suite)

Ressort	Mesures limitant criminalisation VIH	Mesures réduisant la répression du travail du sexe	Mesures réduisant répression des PUD	Mesures facilitant l'accès aux SCS et PSA	Mesures pour fournir des PSAP
TN-L	Non	Non	Inconnu	Inconnu	Non
NÉ	Non	Non	Inconnu	Oui. Un soutien financier à deux SCS.	Non
ON	Oui. Des orientations (mais limitées) pour les procureurs en matière de non-divulgaration du VIH.	Non. Augmentation de la répression avec l'adoption de nouvelles lois et de nouveaux investissements centrés sur la lutte contre la traite des êtres humains.	Non. Augmentation de la répression avec l'adoption de nouvelles lois y compris en 2025 sanctionnant les PUD qui consomment dans l'espace public.	Non. Adoption en 2024 d'une loi forçant de nombreux SCS à fermer. Certains services pour PUD interdits de fournir des PSA.	Non
ÎPÉ	Non	Non	Inconnu	Inconnu	Non
QC	Oui. Des orientations (mais limitées) pour les procureurs en matière de non-divulgaration du VIH.	Non	Oui. Politique adoptée suite aux amendements de la LRC DAS d'alternatives au système pénal dans les cas de possession personnelle.	Non. Loi adoptée en 2025 limitant la mise en place de SCS.	Non. PSAP appuyés il y a 10 ans mais pas mis en oeuvre.
SK	Non	Non	Non. Augmentation de la répression avec l'adoption de nouvelles lois et intention d'autoriser le traitement involontaire des PUD.	Non. Arrêt de la distribution de pipes stériles. Retour à l'échange de seringues 1 contre 1 en 2024, adoption d'une loi en 2025 déclarant seringues et pipes comme « armes de rue ».	Non
YK	Oui. La directive fédérale s'applique.	Non	Oui et non. Les autorités disent ne pas poursuivre pour possession simple mais le YK est 2è au Canada en termes d'infractions liées aux drogues déclarées par la police.	Oui. Déclaration en 2022 d'une urgence sanitaire liée à l'usage de substances. Utilisation de l'exemption fédérale de catégorie pour ouvrir le premier SCS qui offre aussi des services d'inhalation.	Oui et non. Politique indiquant qu'un PSAP sera introduit mais pas de signe de mise en oeuvre à ce jour.

Indicateur 6 : Données et évaluation

Raison d'être :

Pour évaluer les progrès accomplis dans la réponse au VIH, il est nécessaire de collecter des données qui permettent non seulement de suivre les résultats cliniques, mais également de faire état des réalités vécues, des iniquités et des obstacles systémiques. Sans des systèmes de données solides, transparents et inclusifs, les ressorts ne peuvent pas réaliser de progrès significatifs ni assumer leurs responsabilités et rendre des comptes quant à la réalisation des cibles nationales et mondiales en matière de VIH. À l'avenir, les directives actualisées de l'OMS requièrent un suivi plus rigoureux de la cascade des soins pour les populations clés.⁶⁹

Méthodologie du suivi et de l'évaluation :

Nous avons examiné les pratiques des divers ressorts, en matière de collecte de données, pour établir si ces quatre indicateurs sont surveillés, évalués et déclarés :

- Utilisation de la PrEP : le nombre de personnes qui accèdent à la PrEP est-il surveillé et déclaré dans des rapports publics?
- Cascade des soins : des mises à jour régulières sont-elles disponibles sur la cascade des soins liés au VIH (diagnostiqué → sous traitement → suppression virale)?
- Rapports sur les populations clés : le ressort inclut-il la race/l'ethnicité, le genre et la catégorie d'exposition dans ses rapports annuels de surveillance des nouveaux diagnostics de VIH afin de soutenir les cascades des soins aux populations clés et les interventions ciblées?
- Surveillance de la stigmatisation : le ressort surveille-t-il la stigmatisation rencontrée par les personnes vivant avec le VIH à l'aide d'indicateurs cohérents et fondés sur les informations fournies par la communauté, dans le cadre de sa surveillance de la santé publique ou des évaluations de la santé communautaire?

Tableau 6. Politiques en matière de données et d'évaluation liées au VIH, 2025.

Prov. /terr.	Surveillance et déclaration de l'utilisation de la PrEP	Surveillance de la stigmatisation	Déclaration de données sur les populations clés	Mise à jour périodique de la cascade des soins
AB	Non	Inconnu	Oui	Oui
CB	Oui	Inconnu	Catég. d'expo. et genre	Oui
MB	Non	Inconnu	Catég. d'expo. et genre	Oui
NB	Non	Inconnu	Catég. d'expo. et genre	Oui
TN-L	Non	Inconnu	Non	Oui
NÉ	Non	Inconnu	Genre	Oui
ON	Oui	Oui	Oui	Oui
ÎPÉ	Non	Inconnu	Non	Oui
QC	Non	Inconnu	Catég. d'expo. et genre	Oui
SK	Non	Inconnu	Catég. d'expo. et genre	Oui
YK	Non	Inconnu	Inconnu	Oui

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

- Les systèmes de surveillance varient d'une province et d'un territoire à l'autre, ce qui rend difficiles les comparaisons entre ressorts.
- Dans certains rapports de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), des données de certaines provinces ou de certains territoires n'avaient pas été reçues, ce qui conduit à des données nationales incomplètes.
- Dans certaines publications de l'ASPC, des provinces et territoires sont regroupés en régions, ou des données ont été supprimées en raison de leur faible nombre afin de protéger la confidentialité, ce qui limite la capacité d'analyser les tendances ou les différences au palier provincial/territorial.
- Très peu de données sont disponibles du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest, alors ces ressorts n'ont pas été inclus dans les évaluations.
- La disponibilité de données désagrégées pour plusieurs populations clés varie d'une province et d'un territoire à l'autre, ce qui limite l'analyse des résultats en matière de VIH ainsi que des expériences de soins par population clé.

RÉFÉRENCES ET NOTES

1. Organisation mondiale de la Santé, *The Global Health Observatory: HIV*, en ligne : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids>.
2. Organisation mondiale de la Santé, *Data on the HIV response*, en ligne : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids/data-on-the-hiv-aids-response>.
3. Agence de la santé publique du Canada, *Les progrès du Canada vers l'élimination de l'épidémie de VIH*, juillet 2024, en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/progres-canada-vers-elimination-epidemie-vih.html>.
4. Agence de la santé publique du Canada, *Les progrès du Canada vers l'élimination de l'épidémie de VIH, 2022*, novembre 2024, en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/progres-canada-vers-elimination-epidemie-vih-2022.html>.
5. Agence de la santé publique du Canada, *Le VIH au Canada : Les points saillants de la surveillance pour 2023*, 2024, en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-points-saillants-surveillance-2023-infographie.html>.
6. ONUSIDA, *Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026, Mettre fin aux inégalités, Mettre fin au sida*, mars 2021, en ligne : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_fr.pdf.
7. Gouvernement 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 : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/plan-action-2024-2030-infections-transmissibles-sexuellement-et-par-sang.html>.
8. ONUSIDA, *Human Rights*, en ligne : <https://www.unaids.org/en/topic/rights>.
9. Institute of Health Economics, *VIH : Investissements actuels et futurs pour l'atteinte des objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA au Canada : Examen des données probantes et analyse des coûts*, décembre 2024, en ligne : https://ihe.ca/public/uploaded/HIV%20Targets%20in%20Canada_2025-FRENCH.pdf.
10. CATIE, *L'épidémiologie du VIH au Canada*, 2025, en ligne : <https://www.catie.ca/fr/lepidemiologie-du-vih-au-canada>.
11. Fonds mondial, *Les populations clés*, janvier 2024, en ligne : <https://www.theglobalfund.org/fr/key-populations/>

12. Lo Hog Tian, J. M., McFarland, A., Penny, L., Bennett, T., Musumbulwa, K., Watson, J. R., Odhiambo, A. J., Barak, S., Worthington, C., Monteith, K., Oliver, B., Payne, M., Rourke, S. B., *Intersecting gender, ethnicity, and sexual orientation identities and HIV stigma: results from the People Living with HIV Stigma Index study in three provinces in Canada*, mai 2025, Culture, Health & Sexuality, 1–18, en ligne : <https://doi.org/10.1080/13691058.2025.2499638>
13. Kroch A.E., O’Byrne P., Orser L., MacPherson P., O’Brien K., Light L., Kang R.W., Nyambi A., *Le recours accru à la prophylaxie préexposition (PrEP), notamment auprès d’une infirmière autorisée (PrEP-IA), entraîne une diminution du nombre de diagnostics de VIH chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d’autres hommes à Ottawa, au Canada*, Relevé des maladies transmissibles au Canada 2023;49(6) : 274–81, en ligne : <http://dx.doi.org/10.14745/ccdr.v49i06a04f>.
14. Kriegel D., Daniels A., Seehusen D.A., *Is injectable PrEP superior to oral therapy for HIV protection?* J Fam Pract. Juil. 2023;72(6) : 264-265, en ligne : <https://doi.org/10.12788/jfp.0630>.
15. CATIE, *Un aperçu des lignes directrices canadiennes préliminaires sur la PrEP et la PPE contre le VIH* (enregistrement de webinaire), sept. 2024, en ligne : <https://www.catie.ca/fr/un-aperçu-des-lignes-directrices-canadiennes-preliminaires-sur-la-pr-ep-et-la-ppe-contre-le-vih>.
16. Réseau ontarien de traitement du VIH, *Cost-effectiveness of rapid point-of-care testing (POCT) programs for HIV*, avr. 2020, en ligne : <https://www.ohtn.on.ca/rapid-response-cost-effectiveness-of-rapid-point-of-care-testing-programs-for-hiv/>.
17. Le Canada ne criminalise plus l’activité sexuelle entre personnes de même sexe, mais les communautés 2ELGBTIQ+ au Canada, en particulier les personnes trans et non binaires, continuent de rencontrer de la stigmatisation, de la discrimination et des obstacles systémiques, notamment dans les établissements de santé – ce qui contribue à les exposer de manière disproportionnée au VIH et à des résultats de santé défavorables. De plus, la montée de la rhétorique « anti-genre » et des législations provinciales restrictives à l’endroit des personnes trans révèle une menace croissante pour les droits 2ELGBTIQ+ au Canada.
18. Ministère de la Justice du Canada, *Réponse du système de justice pénale à la non-divulgence de la séropositivité*, déc. 2017, p. 19, en ligne : <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/vihnd-hivnd/index.html>.
19. Réseau juridique VIH, *La criminalisation du VIH au Canada : tendances clés et particularités (1989-2020)*, mars 2022, en ligne : <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/hiv-criminalization-in-canada-key-trends-and-patterns-1989-2020/?lang=fr>.
20. Réseau juridique VIH, *Communautés noires*, en ligne : <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/black-communities/?lang=fr>.

21. CAAN, HALCO et Réseau juridique VIH, *Le VIH et le droit criminel au Canada*, mars 2023, en ligne :
<https://www.hivlegalnetwork.ca/site/our-work/indigenous-communities/hiv-criminalization-information-for-indigenous-communities/?lang=fr>.
22. Housefather, A., *La criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au Canada*, Chambre des communes du Canada, juin 2019, en ligne :
<https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/JUST/Reports/RP10568820/justrp28/justrp28-f.pdf>.
23. Le 1^{er} décembre 2016, la ministre fédérale de la Justice a reconnu dans sa déclaration publique à l'occasion de la Journée mondiale du sida la nécessité de limiter la « criminalisation disproportionnée » de la non-divulgence du VIH au Canada. Lors de la Journée mondiale du sida 2017, elle a publié le rapport du ministère de la Justice du Canada intitulé *Réponse du système de justice pénale à la non-divulgence de la séropositivité*, en ligne :
https://publications.gc.ca/collections/collection_2017/jus/J2-473-2017-fra.pdf.
24. Ministère de la Justice du Canada, « Le procureur général du Canada émettra une directive concernant les poursuites relatives aux cas de non-divulgence du VIH », communiqué de presse, Ottawa, 1^{er} déc. 2018, en ligne :
<https://www.canada.ca/fr/ministere-justice/nouvelles/2018/12/le-procureur-general-du-canada-emettra-une-directive-concernant-les-poursuites-relatives-aux-cas-de-non-divulgence-du-vih.html>.
25. Coalition canadienne pour réformer la criminalisation du VIH (CCRCV), *Déclarations de consensus 2017 et 2022*, en ligne : <https://www.criminalisationvih.ca/>.
26. CCRCV, « Journée de sensibilisation à la criminalisation du VIH : les personnes vivant avec le VIH méritent notre solidarité », communiqué de presse, 28 févr. 2024, en ligne :
<https://www.criminalisationvih.ca/communique-de-presse-28-fevrier-2024-journee-de-sensibilisation-a-la-criminalisation-du-vih-les-personnes-vivant-avec-le-vih-meritent-notre-solidarite/>.
27. *Canada (Procureur général) c. Bedford*, 2013 CSC 72.
28. *Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation*, 2014, L.C., ch. 25, en ligne : https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2014_25/page-1.html.
29. La loi procure une immunité contre les poursuites aux travailleuse(-eur)s du sexe qui tirent un avantage matériel de leurs services sexuels et en font la publicité.
30. Alliance canadienne pour la réforme des lois sur le travail du sexe (ACRLTS/CASWLR), *CASWLR v. Canada, Our Charter Challenge to Sex Work-Specific Criminal Offences*, oct. 2014, en ligne :
https://www.sexworklawreform.com/wp-content/uploads/2024/10/Infosheet-ENG_updateSept2024-1.pdf.

juin 2021, en ligne :

<https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/reports/report-2-2021/report-2-HC-expert-task-force-on-substance-use-final-fr.pdf>.

41. Voir par exemple *Projet de loi 6, Loi de 2025 pour des municipalités plus sûres* (Ontario), en ligne :

<https://www.ola.org/fr/affaires-legislatives/projets-loi/legislature-44/session-1/projet-loi-6> et Toombs, A. « 'Operation Order' leads to downtown sweep by Calgary Police Service », *Live Wire Calgary*, 5 nov. 2025, en ligne :

<https://livewirecalgary.com/2025/11/05/operation-order-leads-to-downtown-sweep-by-calgary-police-service/>.

42. Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances*, octobre 2023, en ligne :

<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2023/10/strategie-canadienne-sur-les-drogues-et-autres-substances.html>.

43. Voir « Orientations et mesures du ministre de la Justice », *Gazette officielle du Québec*, 24 avr. 2023, 155^e année, n° 16A en ligne :

https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/gazette/pdf_encrypte/gaz_entiere/2316A-F.pdf. Le directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP) a ensuite publié ses propres directives à l'intention des procureur-es. Les directives du DPCP recommandent des accusations notamment dans les cas où l'infraction liée à la drogue est « commise dans des circonstances qui troublent la paix publique ou qui compromettent le sentiment de sécurité des résidents et des personnes qui fréquentent un quartier ». Voir Directeur des poursuites criminelles et pénales, *Directives et instructions, DRO-1, Drogues et autres substances*, en ligne : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/dpcp/PDF/directives/DIR_DRO-1_DPCP.pdf.

44. BC Center for Disease Control, *Decriminalization in B.C.*, en ligne :

<https://www.bccdc.ca/health-info/prevention-public-health/decriminalization-in-bc>.

45. Major, D., « Feds reject Toronto's request to decriminalize simple possession of illicit drugs », *CBC News*, 17 mai 2024, en ligne :

<https://www.cbc.ca/news/politics/federal-government-reject-toronto-decriminalization-1.7208335>.

46. En 2014, les infractions de possession de drogues représentaient les trois quarts (75 %) de tous les actes criminels liés à la drogue déclarés par la police, tandis qu'en 2024, elles ne représentaient plus que 42 % de ces crimes. La diminution du nombre d'accusations de possession est principalement liée à la légalisation du cannabis, mais elle peut également résulter de changements dans les pratiques policières à la suite des lignes directrices fédérales

- aux procureur-es et/ou de l'exemption en Colombie-Britannique. En 2024, le taux le plus élevé d'actes criminels liés à la drogue était de loin celui des Territoires du Nord-Ouest, suivi du Yukon et de la Colombie-Britannique. Voir Cotter A. et Conroy, S., *Tendances des infractions relatives aux drogues déclarées par la police au Canada*, Statistique Canada, octobre 2025, en ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2025003/article/00003-fra.htm>.
47. Arbour, L. et Clark, H. « Canada's harm reduction legacy is under threat. We must not turn back », *The Globe and Mail*, 29 octobre 2024, en ligne : <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-canadas-harm-reduction-legacy-is-under-threat-we-must-not-turn-back/>.
48. Voir p. ex. Réseau juridique VIH, *Pas si simple*; et Coalition d'organismes de la société civile, *Réussir la décriminalisation : Une voie vers des politiques sur les drogues basées sur les droits de la personne*, 2021, en ligne : <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/decriminalization-done-right-a-rights-based-path-for-drug-policy/?lang=fr>.
49. Harm Reduction International, *What is Harm Reduction?*, en ligne : <https://hri.global/what-is-harm-reduction/>.
50. Gouvernement du Canada, *Explication des sites et des services de consommation supervisée*, févr. 2024, en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/precisions.html>.
51. Law, S., « Thunder Bay's only safe drug consumption site to close in wake of Ontario move, raising fears of more deaths », *CBC News*, 21 août 2024, en ligne : <https://www.cbc.ca/news/canada/thunder-bay/thunder-bay-safe-consumption-site-closing-1.7299950>.
52. Lines, R., « From Equivalence of Standards to Equivalence of Objectives: The Entitlement of Prisoners to Health Care Standards Higher than Those Outside Prisons », *International Journal of Prisoner Health* Vol. 2, 3 nov. 2006 : 269-280, en ligne : https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1837553.
53. Simons, S., « L'ex-détenu Steve Simons écrit pourquoi un programme d'échange de seringues en prison est nécessaire », *Réseau juridique VIH*, 17 août 2020, en ligne : <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/former-prisoner-steve-simons-writes-why-a-prison-needle-exchange-program-is-needed/?lang=fr>.
54. Ka Hon Chu, S., De Shalit, A., Thomas, R., et van der Meulen, E., *Points de vue : Rapport de recherche sur le programme fédéral d'échange de seringues en prison au Canada*, Réseau juridique VIH, nov. 2022, en ligne : <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/points-of-perspective-research-report-on-the-federal-prison-needle-exchange-program-in-canada/?lang=fr>.

55. Réseau juridique VIH, *Le temps dur persiste : Les soins de santé et la réduction des méfaits pour les personnes autochtones en prison*, avr. 2025, en ligne :
<https://www.hivlegalnetwork.ca/site/hard-time-persists-healthcare-and-harm-reduction-in-canadas-prison-system/?lang=fr>.
56. Gouvernement de l'Alberta, *Alberta Sexually Transmitted Infections and HIV, 2023*, en ligne :
<https://open.alberta.ca/dataset/c6850032-20d3-4845-a465-568ed7e61b7c/resource/086e551b-9c8a-4f99-be58-7d710e2de477/download/hlth-alberta-sexually-transmitted-infections-and-hiv-2023.pdf>.
57. B.C. Centre for Disease Control, *STBBI and TB Report*, en ligne :
https://bccdc.shinyapps.io/stbbi_tb_surveillance_report/.
58. Gouvernement du Manitoba, *HIV In Manitoba 2023 : Annual Surveillance Update*, en ligne :
<https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/hiv aids/docs/dec2023.pdf>.
59. Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Les maladies transmissibles au Nouveau-Brunswick 2023 – Rapport annuel de surveillance*, en ligne :
<https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/MaladiesTransmissibles/ProfessionnelsEnSantePublique/Rapport-annuel-division-maladies-transmissible-2023.pdf>.
60. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, *Newfoundland and Labrador Communicable Disease Surveillance: 2023 Annual Report*, en ligne :
<https://www.gov.nl.ca/hcs/files/Communicable-Disease-Annual-Report-2023-1.pdf>.
61. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, *Notifiable Diseases in Nova Scotia - 2023 Surveillance Report*, en ligne :
<https://novascotia.ca/dhw/populationhealth/documents/Annual-Notifiable-Disease-Surveillance-Report-2023.pdf>.
62. Ontario HIV Epidemiology and Surveillance Initiative, *HIV Diagnoses in Ontario, 2023*, en ligne :
https://www.ohesi.ca/wp-content/uploads/2021/12/HIV_diagnoses_in_Ontario_2023_11-4-2025.pdf.
63. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard, *Annual PEI Communicable Diseases Report, 2023*, en ligne :
https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/pei_annual_report-notifiable_diseases_2023.pdf.
64. Adhikari, B., responsable de l'Unité de surveillance et d'épidémiologie de la Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé de la Saskatchewan, 29 oct. 2025, courriel à l'auteur.
65. Réseau juridique VIH, *Le temps dur persiste : les soins de santé et la réduction des méfaits dans le système carcéral du Canada*, 2025, en ligne :
<https://www.hivlegalnetwork.ca/site/hard-time-persists-healthcare-and-harm-reduction-in-canadas-prison-system/?lang=fr>.

66. Yoong, D., *Provincial/Territorial Coverage of ARV drugs for HIV prevention across Canada: Pre-exposure prophylaxis (PrEP)*, mis à jour en mai 2025, en ligne :
<https://hivclinic.ca/wp-content/uploads/static/ARV%20access%20for%20HIV%20prevention.pdf>.
67. Yoong, D., *Access and coverage of antiretroviral drugs through Canada's provincial and territorial drug programs*, juil. 2022, en ligne :
https://hivclinic.ca/wp-content/uploads/2025/01/ARV-Coverage_July-2022.pdf.
68. Gouvernement du Canada, *Sommaire : Couverture des médicaments antirétroviraux au Canada*, 2023, en ligne :
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/sommaire-couverture-medicaments-antiretroviraux.html>.
69. Organisation mondiale de la Santé, *Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact*, 2022, en ligne :
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>.



Réseau juridique VIH

1240, rue Bay, bureau 600
Toronto, ON M5R 2A7

Téléphone : +1 416 595-1666

Télécopieur : +1 416 595-0094

Courriel : info@hivlegalnetwork.ca