

# Un Portrait national

Rapport sur la réponse des gouvernements  
à l'épidémie de VIH/sida au Canada

Préparé pour le  
Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida  
Novembre 2004

Territorial Fédéral Provincial Territorial  
Fédéral Provincial Territorial Fédéral  
Fédéral Provincial Territorial Fédéral P



# Un Portrait national

Rapport sur la réponse des gouvernements  
à l'épidémie de VIH/sida au Canada

Préparé pour le  
Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida

Novembre 2004

1. Un portrait national – rapport sur la réponse des gouvernements à l'épidémie de VIH/sida au Canada.

H124-3/2004F-PDF

0-662-78515-0

COPYRIGHT :

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2005

Le présent rapport ne fait pas état des positions officielles des gouvernements représentés sur le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida

*FPT-sida tient à remercier la firme Martin Spigelman Research Associates  
pour son importante contribution à la rédaction du présent rapport.*

# Résumé

## Introduction

Environ 56 000 Canadiens vivaient avec le VIH/sida à la fin de 2002. L'épidémie est largement concentrée dans quatre provinces, soit la Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario et le Québec, où l'on trouve 95 % des rapports de tests positifs pour

le VIH, mais seulement 85 % de la population canadienne. Néanmoins, toutes les provinces et tous les territoires ont signalé quelques cas, et cinq d'entre eux affichent un plus grand nombre de cas en 2003 qu'en 1995.

## Aperçu par province ou territoire\*\*

Province ou territoire	Nombre de rapports de tests positifs pour le VIH, 1985-2003	Nombre de rapports de tests positifs pour le VIH, 2003	Nombre de rapports de tests positifs pour le VIH pour 100 000 habitants, 2003
Canada	55 180	2 482	8,27
Colombie-Britannique	11 552	436	11,16
Alberta	3 961	145	4,87
Saskatchewan	460	36	3,68
Manitoba	1 097	111	9,91
Ontario	24 408	1 104	9,68
Québec	12 464	621	8,58
Nouveau-Brunswick	313	9	1,23
Nouvelle-Écosse et Î.-P.-É.	626	4	0,38
Terre-Neuve-et-Labrador	221	19	3,70
Yukon, Nunavut et T.N.-O.	78	6	6,47

\*\* Les données relatives au nombre de rapports de tests positifs pour le VIH de 1985 à 2003 ainsi qu'au nombre de rapports de tests positifs pour le VIH pour 2003 sont tirées du Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2003, de Santé Canada. En raison de retards de la transmission des données et d'autres facteurs, il est possible que ces données diffèrent de celles fournies par les provinces et territoires dans les sections qui les concernent.

Les gouvernements — fédéral, provinciaux et territoriaux — à travers le Canada, réagissent à l'épidémie d'une façon appropriée à leurs situations. En janvier 2004, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida (FPT sida) a initié le présent projet afin de résumer la réaction de chaque province ou territoire à l'épidémie;

- analyser les enjeux communs;
- cerner les moyens de renforcer la réponse canadienne à l'épidémie.

Dans le cadre des activités de recherche liées au projet, les données relatives à la surveillance et les publications gouvernementales portant sur l'épidémie ont été revues. Aussi, des entrevues auprès de 50 informateurs clés ont été menées. Le groupe d'informateurs incluait les organisations non gouvernementales ainsi que les officiels du gouvernement impliqués dans la réponse au VIH/sida

## Des bases solides

Même si aujourd'hui l'épidémie de VIH/sida n'est pas nécessairement grave dans toutes les provinces et dans tous les territoires du Canada, on peut affirmer avec certitude qu'elle le sera à l'avenir. Par exemple, dans certaines provinces et certains territoires affichant un faible nombre de nouveaux cas d'infection au VIH, l'incidence des infections transmises sexuellement laisse croire à l'existence de pratiques sexuelles dangereuses qui accroissent le risque d'infection au VIH. On ne peut d'aucune façon affirmer que la tendance à la baisse de la dernière décennie se poursuivra.

Néanmoins, toutes les provinces et tous les territoires se sont dotés de bases solides pour faire face à l'épidémie actuelle. La plupart d'entre eux ont établi des stratégies exhaustives, solides et réfléchies en vue d'orienter les intervenants. Toutefois, certains intervenants du sida non affiliés aux gouvernements sont d'avis que le manque de financement nécessaire et d'objectifs mesurables ou d'exigences de reddition de compte représentent des défis.

Toutes les provinces et tous les territoires assurent régulièrement une surveillance de l'épidémie, et tentent d'améliorer leurs systèmes de surveillance et de reddition de comptes. Les systèmes de santé publique veillent à ce que les partenaires soient notifiés et fassent la promotion des activités de sensibilisation au VIH/sida et à la santé en matière de sexualité dans leurs écoles et auprès de leurs populations à risque. Les provinces et territoires intègrent le dépistage du VIH dans leurs programmes de dépistage prénatal — au moyen d'un modèle d'adhésion ou de renoncement volontaire — et peuvent assurer un dépistage nominatif, non nominatif et, parfois, anonyme.

De plus, toutes les provinces et tous les territoires misent sur des projets et des organismes (dont certains, dans quelques provinces, bénéficient d'un financement non pas provincial ou territorial, mais bien fédéral) afin de réduire la vulnérabilité et les préjudices, et de fournir des soins et du soutien. Dans certains endroits, les divers intervenants gouvernementaux et communautaires travaillent ensemble pour définir les priorités et pour affecter les ressources. Il est aussi vrai que dans quelques endroits les intervenants s'efforcent de trouver des moyens pour surmonter les obstacles qui minent actuellement les efforts fournis pour offrir un éventail uniforme de services et de soutien aux Autochtones.

Le traitement est disponible partout au Canada et des mécanismes sont en place pour veiller à ce que les médecins aient accès aux conseils et au soutien dont ils ont besoin pour dispenser des soins de qualité. Le but consiste à veiller à ce que toute personne — y compris les personnes marginalisées — bénéficie de bons soins, où qu'elles soient. Les problèmes principaux n'ayant pas été résolus nulle part sont les suivants :

- la réticence d'un grand nombre de petites communautés à reconnaître qu'il y a un problème et leur réticence à instaurer des mesures de sensibilisation et de prévention;
- le défi consistant de rejoindre certains groupes marginalisés et de les inciter à changer leur comportement.

De plus, à la lumière de l'expérience des deux dernières décennies, on s'entend sur les mesures qui s'imposent pour lutter efficacement contre l'épidémie, comme des régimes de traitement particulier, de partenariats communautaires, de services culturellement adaptés, d'efforts de prévention ciblés à long terme, d'une diversité d'initiatives pour réduire les méfaits, d'un accent sur les populations à risque et finalement d'efforts pour lutter contre la stigmatisation des personnes infectées par le VIH.

La plupart des administrations comprennent également l'importance que revêt l'adoption d'un modèle de santé de la population et d'un cadre des droits de la personne pour la prévention efficace et à long terme de l'infection à VIH. On ne pourrait affirmer, toutefois, que ce modèle ou ce cadre de travail est en place partout au Canada, ou que toutes les administrations agissent à la lumière des connaissances dont elles disposent. Les informateurs clés ont indiqué le besoin à la fois de sensibiliser le public, d'augmenter les ressources et de renforcer le leadership pour lutter efficacement contre l'épidémie.

## Thèmes

Les portraits provinciaux et territoriaux permettent de dégager un certain nombre de thèmes importants. Ils mettent en relief l'importance d'accorder à chaque administration la souplesse dont elle a besoin pour réagir à l'épidémie d'une façon qui reflète la conjoncture et les tendances locales.

Ces portraits révèlent qu'il y a non pas une seule épidémie au Canada, mais bien plusieurs.

Premièrement, il y a une épidémie qui frappe les quatre plus grandes provinces, où un grand nombre de personnes vivent avec le VIH/sida. Les gouvernements provinciaux concernés ont affecté des ressources considérables à l'appui d'une gamme étendue de services de prévention, de réduction des méfaits, de soins, de traitement et de soutien, bien que des informateurs clés signalent que les mesures des différentes administrations n'étaient pas toujours adéquates. Dans les autres provinces

et territoires, l'engagement de ressources est beaucoup plus modeste, et la gamme de services, plus limitée.

Qui plus est, le portrait national montre comment l'épidémie se manifeste de façon différente d'une province ou d'un territoire à l'autre. La catégorie d'exposition des « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » (HRSH) continue d'occuper le premier rang, et celle des « utilisateurs de drogues par injection » (UDI) demeure importante. Les infections chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique sont plus communes dans certaines provinces ou dans certains territoires que dans d'autres. La proportion d'hommes et de femmes ayant été diagnostiqués séropositifs au VIH en 2003, varie d'une province ou d'un territoire à l'autre : l'une des provinces ou l'un des territoires affiche un ratio de deux hommes pour une femme, alors que certains autres affichent un ratio de sept pour un.

Fait à souligner, on constate qu'il y a même des différences de l'épidémie d'une région à une autre dans une province ou dans un territoire donné. Au Québec et au Manitoba, par exemple, l'épidémie est largement concentrée respectivement à Montréal et à Winnipeg. En Alberta, l'épidémie qui sévit à Edmonton touche largement la catégorie d'exposition des UDI et les Autochtones, alors qu'à Calgary, elle touche surtout la catégorie des HRSH et les non-Autochtones.

Les différences régionales de l'épidémie mettent l'accent sur le rôle des autorités de santé locales qui sont responsables de planifier leur réaction à l'épidémie et de fournir les services nécessaires dans presque toutes les administrations. Ces organisations sont bien placées pour identifier et subvenir aux besoins locaux. Pourtant, il y a une perception selon laquelle l'épidémie n'est vraiment pas la priorité des autorités de santé locales et qu'il y a besoin de renforcer la responsabilisation et d'améliorer la coordination et l'intégration au niveau régional.

Les portraits provinciaux et territoriaux illustrent aussi l'importance de travailler en partenariat, c'est-à-dire entre ministères, entre gouvernements et entre secteurs gouvernementaux et communautaires. Dans certaines provinces ou certains territoires, on constate l'existence d'une relation étroite, voire de partenariat, entre le gouvernement provincial ou territorial, les bureaux régionaux de l'Agence de santé publique du Canada, ceux de Santé Canada et leurs partenaires communautaires. Il existe également des liens étroits entre l'Agence de santé publique et les bureaux provinciaux ou territoriaux responsables de la collecte et de l'analyse de données épidémiologiques.

Par contre, les relations semblent moins solides avec les organismes responsables des services correctionnels et celles qui sont plus directement responsables de la santé et du VIH/sida, ou entre les organismes responsables de la santé des Autochtones dans les réserves et hors réserve. Des informateurs clés ont aussi souligné que les partenaires communautaires ayant besoin de ressources nécessaires pour réagir au nombre croissant de personnes vivant avec le VIH/sida et pour assumer leurs responsabilités croissantes.

Un thème qui se répète constamment à travers le Canada est le besoin d'augmenter progressivement l'intérêt du public envers l'engagement politique au VIH/sida et le besoin d'affirmer cet engagement. Essentiellement, le VIH/sida risque de disparaître de la scène politique suite au nombre décroissant des nouvelles infections, au nombre relativement bas des personnes vivant avec le VIH/sida dans certaines administrations, à l'idée erronée selon laquelle que le VIH/sida est maintenant curable et suite à l'apparition de nouvelles priorités. Ces facteurs ont été davantage compliqués par le fait que l'épidémie affecte primordialement les populations marginalisées et les quartiers urbains, qui n'attirent pas beaucoup l'attention du public ni ne le préoccupent beaucoup.

## Renforcement des efforts au Canada

Lorsqu'on envisage les portraits provinciaux et territoriaux ensemble, il est possible de cerner les moyens de miser sur les fondations solides existantes en vue de renforcer les efforts du Canada pour contrer l'épidémie de VIH/sida.

D'abord et avant tout, il faut déployer des efforts pour sensibiliser et attirer l'attention du public sur l'importance de la situation et de « veiller à rendre le problème du VIH/sida plus visible ». On pourrait, par exemple, lancer des campagnes nationales de sensibilisation et d'éducation, et assurer une diffusion plus étendue et plus rapide des données de surveillance et de l'information épidémiologique. On pourrait aussi déployer des efforts en vue d'intégrer le VIH/sida dans les campagnes relatives à d'autres agents pathogènes à diffusion hématogène et à des infections transmissibles sexuellement. Cette intégration permettrait de placer le VIH/sida dans un contexte plus large de la santé publique, voire même de la santé de la population.

Deuxièmement, il est important de continuer aussi bien à accroître l'engagement politique qu'à assurer un leadership qui appuiera les efforts pour lutter de façon vigoureuse et globale contre l'épidémie. L'engagement politique et le leadership sont essentiels pour :

- promouvoir la sensibilisation du public, fournir une orientation claire, lutter contre les préjugés et prévenir la discrimination;
- fournir les ressources nécessaires pour acquérir, diffuser et appliquer de nouvelles connaissances pour prévenir efficacement la propagation de l'épidémie et pour fournir des soins, des traitements et des services de soutien appropriés;
- veiller à ce que les services de prévention, de traitement, de soins et de soutien soient accessibles à tous les Canadiens.

Troisièmement, la sensibilisation du public et les dépenses gouvernementales au Canada doivent passer du traitement des maladies à la santé de la population et des traitements palliatifs à court terme aux solutions à long terme. Les efforts pour promouvoir la santé de la population — par exemple, en protégeant mieux les enfants contre la violence ou en offrant des logements adéquats — sont essentiels à la prévention des infections au VIH dans l'avenir. Le contrôle de l'épidémie exige qu'on déploie des efforts pour s'attaquer aux racines même de la vulnérabilité au VIH.

Quatrièmement, la gestion efficace de l'épidémie exigera qu'on déploie des efforts pour accroître la collaboration et établir des partenariats plus efficaces entre les gouvernements et entre les secteurs, et ce aux fins de planification, d'exécution et de financement des programmes. Cela suppose qu'on renforce et stabilise les organismes communautaires,

lesquels éprouvent actuellement de la difficulté à faire face à une clientèle et à des besoins toujours croissants et à un éventail de plus en plus large de problèmes et de responsabilités. Cela suppose aussi qu'on déploie des efforts pour lutter contre les préjugés qui persistent dans les petites localités et pour surmonter les attitudes conservatrices à l'égard de l'éducation en matière de santé sexuelle et de la réduction des méfaits.

Le VIH/sida est une maladie complexe et une épidémie qui évolue constamment. Au cours des dernières décennies, quoique les gouvernements au Canada aient établi des bases solides pour lutter contre la maladie et l'épidémie, leur détermination s'est atténuée avec le temps, lorsque de nouvelles priorités sont apparues. Par conséquent, pour que les Canadiens luttent efficacement contre l'épidémie, il faut renouveler l'engagement à l'action au moyen de partenariats partout au Canada.





# Table des matières

<b>1. Introduction</b> .....	1
1.1. But et objectifs .....	1
1.2. Méthodologie .....	1
1.3. Organisation du rapport .....	2
<b>2. Survol des données de surveillance sur le VIH/sida</b> .....	3
<b>3. Portraits fédéral, provinciaux et territoriaux sur le VIH/sida</b> .....	6
3.1. Canada .....	6
3.2. Colombie-Britannique .....	13
3.3. Alberta .....	19
3.4. Saskatchewan .....	25
3.5. Manitoba .....	30
3.6. Ontario .....	36
3.7. Québec .....	45
3.8. Nouveau-Brunswick .....	53
3.9. Nouvelle-Écosse .....	58
3.10. Île-du-Prince-Édouard .....	62
3.11. Terre-Neuve-et-Labrador .....	67
3.12. Nunavut, Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) et Yukon .....	72
<b>4. Un portrait national</b> .....	78
4.1. Différentes épidémies dans différentes administrations .....	79
4.2. Définition d'une stratégie claire .....	81
4.3. Organisation .....	82
4.4. Coordination et collaboration .....	84
4.5. Dépistage, prévention, soins et traitement .....	85
4.6. Connaissances .....	86

5. Conclusions . . . . .	88
5.1. Des bases solides . . . . .	88
5.2. Renforcement des efforts au Canada . . . . .	89
<b>Bibliographie . . . . .</b>	<b>91</b>
<b>Annexes</b>	
A. Représentants du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida . . . . .	94
B. Aperçu du projet . . . . .	96
C. Modèle des données de surveillance . . . . .	98
D. Informateurs clés et guide d’entrevue . . . . .	100

# Introduction 1

Le VIH/sida demeure une menace importante à la santé publique ainsi qu'au bien-être individuel et collectif des Canadiens, malgré les nombreux progrès réalisés dans les secteurs de la science, de la médecine, du développement social et des droits de la personne au cours des dernières décennies. Depuis le milieu des années 1980, l'épidémie a causé près de 18 000 décès, et Santé Canada estime que 56 000 Canadiens vivent avec le VIH/sida<sup>1</sup>. Au Canada, tous les gouvernements (fédéral, provinciaux et territoriaux) ont réagi à l'épidémie d'une façon adéquate à leurs besoins et leurs situations.

## 1.1. But et objectifs

En janvier 2004, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida (FPT sida) a lancé le projet « Un Portrait national » afin de :

- résumer les politiques et les programmes adoptés par les diverses administrations en réaction à l'épidémie;
- cerner et d'analyser les enjeux communs;
- trouver des moyens de renforcer les efforts de lutte contre l'épidémie partout au Canada.

FPT sida s'attend à ce que le Portrait national comble le manque d'information et serve de base pour le renforcement de la réaction intergouvernementale à l'épidémie.

## 1.2 Méthodologie

La recherche pour ce projet s'est effectuée entre janvier et juin 2004 et a inclus la revue des données de surveillance et de publications liées aux efforts de chaque administration pour lutter contre l'épidémie. La méthodologie a aussi tenu compte d'entretiens tenus auprès d'environ 50 informateurs clés liés aux divers organismes gouvernementaux ou communautaires impliqués dans la lutte contre le VIH/sida. Les entretiens portaient sur les enjeux liés à l'organisation du gouvernement, à la collaboration et à la coordination, à la prévention, aux soins et aux traitements, aux connaissances et aux mesures à prendre pour renforcer la réaction de chaque province ou territoire à l'épidémie. Les rapports des trois territoires ont été regroupés afin de préserver l'anonymat des diverses remarques indiquées par les informateurs clés. Les membres du Comité FPT-sida ont examiné, commenté et approuvé les versions préliminaires et finales du rapport.

<sup>1</sup> Canada, Santé Canada, 2004(a): 49 (décès) et 1 (prévalence). En ce qui concerne l'estimation de la prévalence, Santé Canada maintenant insiste plus sur les *étendues*. Le Ministère estime que de 46 000 à 66 000 personnes vivaient avec le VIH (y compris le sida) à la fin de 2002. N.B.: l'Agence de santé publique du Canada, créée le 24 septembre, 2004, a pris en charge la responsabilité des données relatives à la surveillance. Toutefois, ce rapport est basé sur les données de Santé Canada produites avant cette date.

Le projet s'est buté à certains obstacles. Il a fallu, entre autres, présenter des données de surveillance similaires pour chaque province et territoire, car le niveau de détail des données recueillies varie d'une administration à l'autre. Nombre d'administrations, par exemple, ne recueillent pas de renseignements sur l'origine ethnique des personnes diagnostiquées séropositives au VIH. Les tableaux présentés dans le chapitre 3 reflètent ces différences. De même, les données de surveillance publiées par les diverses administrations et par Santé Canada révèlent certains écarts, en raison de périodes de déclaration différentes et des efforts continuels pour corriger les données des années précédentes<sup>2</sup>.

Le présent rapport présente à la fois des données de surveillance relatives au VIH et au sida et des estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH. Les données de surveillance s'assortissent d'une description des rapports de tests positifs pour le VIH (nouveaux diagnostics) et des diagnostics de sida. Par conséquent, ces données ne concernent que les cas diagnostiqués de VIH et de sida et excluent les personnes qui sont infectées, mais qui n'ont été ni testées ni diagnostiquées. Mentionnons aussi que la sous-déclaration, les déclarations en retard et l'évolution des comportements relatifs au dépistage sont autant des facteurs permettant de croire que les données de surveillance sous-estiment l'ampleur de l'épidémie. Qui plus est, puisque le VIH est une infection chronique dont la période de latence est longue, de nombreuses personnes infectées au VIH au cours d'une année donnée peuvent être diagnostiquées plusieurs années plus tard.

En outre, le projet ne s'est pas employé à documenter les dépenses des administrations relatives au VIH/sida, car il serait inutile de faire cela sans tenir pleinement compte des priorités stratégiques et de la situation budgétaire de chacune. De plus, les divers gouvernements rendent compte de leurs dépenses relatives au VIH/sida de diverses façons, voire pas du tout.

### 1.3 Organisation du rapport

Le présent rapport compte cinq sections. Après la présente introduction, le chapitre 2 décrit le contexte en fournissant un bref survol épidémiologique du VIH/sida au Canada<sup>3</sup> et le chapitre 3 décrit l'épidémie dans chaque province ou territoire ainsi que les politiques et programmes pertinents adoptés par chaque gouvernement. Le chapitre 4 présente et analyse les principaux enjeux que l'étude des portraits provinciaux et territoriaux permet de cerner et jette les bases pour le chapitre 5 soit les conclusions.

<sup>2</sup> Pour obtenir une description des limites des données, voir Canada, Santé Canada, 2004 : p. 69 à 71.

<sup>3</sup> Ce chapitre se fonde sur le plus récent Rapport de surveillance de Santé Canada, le Relevé des maladies transmissibles au Canada et Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Voir Canada, Santé Canada, 2004; Canada, Santé Canada, 2003(a); et Canada, Santé Canada, 2003(b), [http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/index_f.html).

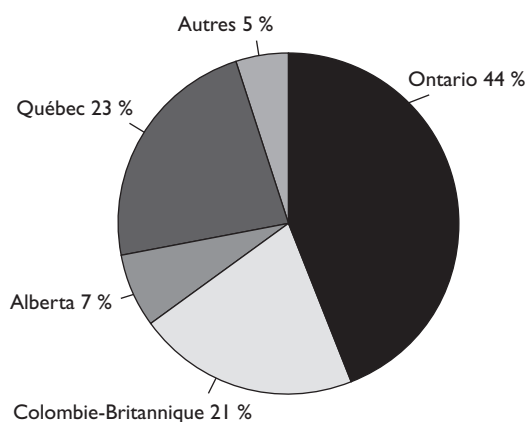
## Survol des données de surveillance sur le VIH/sida

# 2

Les données présentées plus bas permettent d'établir le contexte dans lequel s'inscrivent les politiques fédérales, provinciales et territoriales décrites dans le chapitre 3 et analysées dans le chapitre 4. Ces politiques, par exemple, peuvent être influencées par le nombre de nouveaux diagnostics dans chaque province ou territoire, par les tendances relatives à l'incidence, par le nombre total de personnes vivant avec le VIH/sida, et par le caractère évolutif de l'épidémie.

Santé Canada estime qu'environ 56 000 personnes au Canada vivaient avec une infection VIH (y compris le sida) à la fin de 2002, ce qui constitue une hausse de 12,5 % par rapport à 1999. La **figure 1**<sup>4</sup> montre les données cumulatives pour les rapports de tests positifs pour le VIH de 1985 à 2003 et révèle que l'épidémie est concentrée dans quatre provinces, car la Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario et le Québec comptent pour 95 % de tous les rapports de tests positifs pour le VIH, alors qu'elles représentent 85 % de la population canadienne. Néanmoins, comme en témoigne le **tableau 1**, toutes les administrations ont signalé des cas<sup>5</sup>.

Figure 1, Rapports de tests positifs pour le VIH, 1985-2003



<sup>4</sup> Canada, Santé Canada, 2004(a).

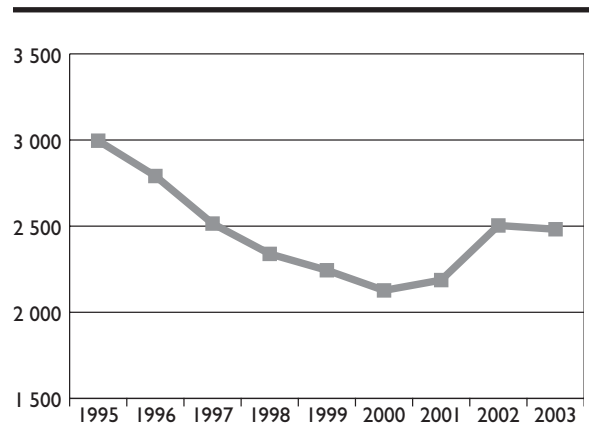
<sup>5</sup> Les données pour la figure 1 et le tableau 1 sont tirées de Canada, Santé Canada, 2004. p. 23. Les données pour la Saskatchewan sont préliminaires.

**Tableau 1, Nombre de rapports de tests positifs pour le VIH par province ou territoire, 1985-2003**

Province ou territoire	Total
Colombie-Britannique	11 552
Alberta	3 961
Saskatchewan	460
Manitoba	1 097
Ontario	24 408
Québec	12 464
Nouveau-Brunswick	313
Nouvelle-Écosse et Î.-P.-É.	626
Terre-Neuve-et-Labrador	221
Yukon, Nunavut et Territoires du Nord-Ouest	78
Total	55 180

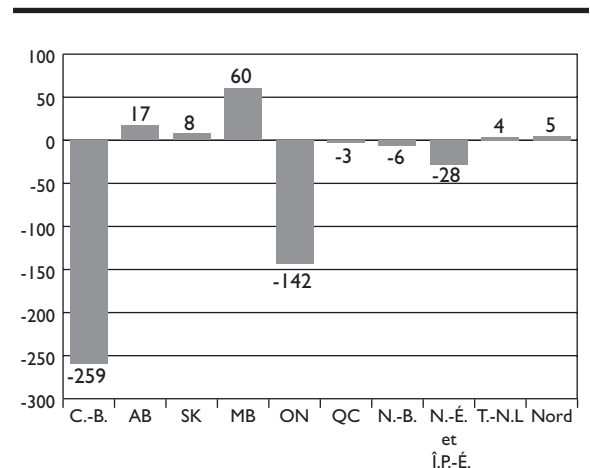
Entre 1985 et 1994, on a recensé presque 33 000 rapports de tests positifs pour le VIH (tous âges), pour une moyenne de 3 300 par année. La **figure 2** montre que le nombre annuel de rapports a baissé constamment jusqu'à 2000, et a ensuite connu une hausse en 2001 et en 2002, avant de se stabiliser en 2003<sup>6</sup>.

**Figure 2, Nombre de rapports de tests positifs pour le VIH au Canada, 1995-2003**



La **figure 3** compare les données de 1995 et de 2003 et illustre les variations du nombre de rapports de tests positifs pour le VIH par province ou territoire<sup>7</sup>. Cinq des dix administrations ont déclaré un plus grand nombre de nouveaux cas en 2003 qu'en 1995. Dans l'ensemble, on a déclaré 514 rapports de moins en 2003 qu'en 1995.

**Figure 3, Variations du nombre de cas déclarés entre 1995 et 2003**

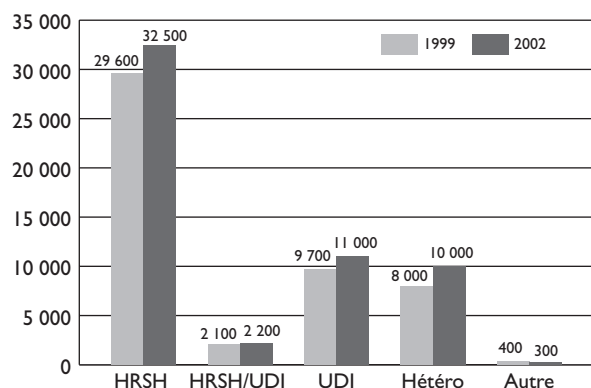


<sup>6</sup> Canada, Santé Canada, 2004, p. 11.

<sup>7</sup> Les tableaux provinciaux et territoriaux du chapitre 3 (plus loin) fournissent les données pour cette figure.

La figure 4 fournit des estimations de la prévalence du VIH par catégorie d'exposition pour 1999 et 2002<sup>8</sup>. La catégorie des « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » (HRSH) affiche le plus grand accroissement absolu (2 900 cas) au cours de cette période, alors que les plus grands accroissements relatifs touchaient les catégories des hétérosexuels (25 %) et des utilisateurs de drogues par injection (13 %). Sous l'angle de l'incidence, les HRSH comptent pour 40 % des nouveaux cas d'infection à VIH en 2002, suivis des catégories des « utilisateurs de drogues par injection » (UDI) et des contacts hétérosexuels avec 30 % et 24 %, respectivement<sup>9</sup>.

**Figure 4, Estimation de la prévalence du VIH par catégorie d'exposition, 1999 et 2002**



À la fin de 2002, on estimait à 7 700 le nombre de femmes au Canada vivant avec le VIH/sida : cela correspond à 14 % du total national, et constitue un accroissement de 13 % par rapport à l'année 1999. Les femmes comptaient pour 23 % des nouveaux cas d'infection au Canada, résultat similaire à celui obtenu en 1999. Le nombre de rapports de tests positifs pour le VIH (nouveaux diagnostics) chez

les femmes est passé de 8,9 % entre 1985 et 1992 à 25,3 % en 2003<sup>10</sup>.

L'épidémie continue à faire rage chez les Autochtones. Les Autochtones, qui ne constituent qu'environ 3,3 % de la population canadienne, comptent pour 13,4 % des diagnostics du sida et 25,3 % des rapports de tests positifs pour le VIH des provinces qui ont fourni des données relatives à l'origine ethnique en 2003<sup>11</sup>. Lorsque des données relatives à l'origine ethnique étaient disponibles, environ 63 % des rapports de tests positifs pour le VIH chez les Autochtones étaient attribuables à l'utilisation de drogues par injection, en comparaison avec 30 % chez les autres Canadiens<sup>12</sup>. Les personnes provenant de pays où le VIH est endémique sont également surreprésentées chez les personnes vivant avec le VIH/sida au Canada. Elles comptent pour 1,5 % de la population totale du pays, mais elles représentent de 7 % à 10 % du nombre estimé de cas et de 6 % à 12 % du nombre estimé de nouvelles infections<sup>13</sup>.

Même si le nombre de jeunes personnes (de 10 à 24 ans) vivant avec le VIH/sida au Canada est modeste, leur potentiel de transmission du virus est considérable, en raison de divers facteurs. De plus, on a recensé 224 cas de sida chez les enfants (de 0 à 14 ans) au Canada, dont 175 (78 %) étaient attribuables à une transmission périnatale. À cet égard, des études menées au Québec, en Colombie-Britannique, en Alberta et ailleurs dans le monde font état de l'efficacité des traitements actuellement disponibles pour prévenir la transmission périnatale<sup>14</sup>.

Il est possible que 30 % des personnes vivant avec le VIH/sida au Canada aujourd'hui — environ 17 000 personnes — ignorent qu'elles ont été infectées, de sorte qu'elles ne bénéficient pas d'un traitement et sont susceptibles de transmettre le virus à d'autres personnes sans le savoir.

<sup>8</sup> Canada, Santé Canada, 2003(a), p. 200.

<sup>9</sup> Canada, Santé Canada, 2004, p. 24.

<sup>10</sup> Canada, Santé Canada, 2004, p. 24 et 13.

<sup>11</sup> Canada, Santé Canada, 2004, p. 25.

<sup>12</sup> Canada, Santé Canada, 2004(a), p. 48.

<sup>13</sup> Canada, Santé Canada, 2003(a), p. 203 et 204.

<sup>14</sup> Canada, Santé Canada, 2003(a), p. 200.



# 3 Portraits fédéral, provinciaux et territoriaux sur le VIH/sida

## 3.1 Canada

### Points saillants des activités de surveillance

- Le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida pourrait augmenter de façon considérable au cours des années à venir, compte tenu du nombre de nouveaux cas d'infection et du nombre de personnes qui vivent plus longtemps avec le VIH/sida grâce aux nouveaux traitements disponibles.
- On comptait environ le même nombre de nouveaux cas d'infection au VIH en 2003 qu'en 2002. Toutefois, le nombre de nouveaux cas en 2003 (2 482) était supérieur au nombre obtenu en 2001 (2 187) et en 2000 (2 127).
- Contrairement aux premières années de l'épidémie, le nombre de personnes infectées compte maintenant une plus grande proportion d'Autochtones et de femmes qui utilisent des drogues par injection.
- La proportion de nouveaux rapports de tests positifs pour le VIH attribuée aux HRSH a baissé, passant de près de 75 % entre 1985 et 1994 à environ 37 % au cours de la deuxième moitié des années 1990. On constate un léger accroissement dans cette catégorie au cours des trois dernières années, et le chiffre passe à 44 %. La catégorie d'exposition des UDI comptait pour 9 % des rapports de tests positifs pour le VIH avant 1994, a augmenté à 33 % en 1996 et 1997, et est retombée à 12 % en 2003. La catégorie des contacts hétérosexuels<sup>15</sup> a connu une croissance constante, passant de 7,5 % avant 1995 à 36,9 % en 2003. De 1998 à 2003, la proportion de tests positifs pour le VIH attribués à la sous-catégorie des personnes originaires d'un pays où le sida est endémique est passée de 2,9 % à 10,2 %.
- Les femmes comptent pour une part croissante des rapports de tests positifs pour le VIH. Pour les trois dernières années, elles comptent pour environ le quart des rapports de tests positifs pour le VIH où le sexe est révélé, ce qui constitue une hausse par rapport aux 8,9 % enregistrés au cours de la période qui s'étendait de 1985 à 1992.

<sup>15</sup> Cette catégorie d'exposition est constituée de trois sous-catégories : le contact hétérosexuel avec une personne séropositive au VIH ou très vulnérable à l'infection; lorsque les contacts hétérosexuels sont le seul facteur de risque signalé; et lorsqu'une personne est originaire d'un pays où le VIH est endémique.

## Canada<sup>16</sup>

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Estimation de la prévalence (VIH et sida)</b>	>56 000	56 000		49 900 <sup>17</sup>	40 100 <sup>18</sup>
<b>Cas de sida</b>					
Nombre de cas de sida déclarés par année	218	357	384	471	1 655
Nombre cumulatif de cas de sida déclarés	19 344	19 126	18 769	18 385	14 838
Cas de sida nouvellement déclarés, selon le sexe					
homme	163	300	321	405	1 496
femme	52	52	59	56	130
Cas de sida nouvellement déclarés, selon la catégorie d'exposition					
HRSH	71	117	151	218	1 091
HRSH/UDI	5	6	14	15	74
UDI	36	50	48	92	130
Contact hétérosexuel <sup>19</sup>	12	24	21	25	101
Pays où le VIH est endémique <sup>20</sup>	38	51	54	42	88
ARS—Hétérosexuel <sup>21</sup>	38	23	32	32	38
Sang/produits sanguins	1	2	7	7	43
ARS <sup>22</sup> /Autres	14	39	35	31	63
Cas de sida nouvellement déclarés, selon l'âge					
Moins de 14 ans	3	4	3	5	27
de 15 à 29 ans	19	27	29	27	205
de 30 à 49 ans	161	252	272	346	1 217
de 50 ans et plus	35	74	80	84	206
Décès reliés au sida	93	103	187	263	1 500

<sup>16</sup> La principale source de données est Canada, Santé Canada, 2004. La sélection de données pour 1995 est tirée du Rapport de surveillance de Santé Canada, décembre 2000.

<sup>17</sup> À la fin de 1999.

<sup>18</sup> Estimation de la prévalence pour 1996. Voir Canada, Santé Canada, 2000, p. 197.

<sup>19</sup> Contact sexuel avec une personne à risque.

<sup>20</sup> Originaire d'un pays où le VIH est endémique.

<sup>21</sup> ARS—hétérosexuel : Les contacts hétérosexuels sont le seul facteur de risque signalé, et on ne connaît pas les risques d'exposition du partenaire.

<sup>22</sup> ARS : Aucun risque signalé.

## Canada (suite)

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Infection à VIH</b>					
Nombre de rapports de tests positifs pour le VIH	2 482	2 504	2 187	2 127	2 996
Rapports de tests positifs pour le VIH, selon la catégorie d'exposition (Adultes)					
HRSH	361	506	401	469	684
HRSH/UDI	12	19	33	27	58
UDI	96	302	279	288	452
Contact hétérosexuel	78	165	177	136	n/a
Pays où le VIH est endémique	83	91	70	52	n/a
Contact hétérosexuel/Pays où le VIH est endémique <sup>23</sup>					114
ARS-Hétérosexuel	139	129	114	94	104
Sang/Produits sanguins	6	11	10	15	28
Autres/ARS	94	91	91	97	186
Non déclarés	1 571	1 139	952	869	1 283
Rapports de tests positifs pour le VIH, selon le sexe (Adultes)					
Hommes	1 816	1 815	1 591	1 533	2 266
Femmes	615	620	524	484	534
Rapports de tests positifs pour le VIH, selon l'âge					
moins de 15 ans	9	18	16	17	59
de 15 à 19 ans	25	34	32	34	28
de 20 à 29 ans	485	481	411	408	712
de 30 à 39 ans	939	982	853	849	1 284
de 40 à 49 ans	702	670	569	526	5 77
de 50 ans et plus	289	286	262	230	234
Âge non déclaré	33	33	44	63	85

<sup>23</sup> Avant 1997, il n'était pas possible de distinguer les catégories d'exposition « contact hétérosexuel avec une personne à risque » et « originaire d'un pays où le VIH est endémique ».

## Organisation

Les efforts fédéraux en vue de lutter contre l'épidémie ont commencé au milieu des années 80, mais ce n'est qu'après 1990 que les activités étaient mieux coordonnées, grâce à la première et à la deuxième stratégies nationales sur le sida. En 1997, le gouvernement du Canada a annoncé le lancement d'une nouvelle Stratégie canadienne sur le VIH/sida (SCVS) en vue de fournir un cadre national cohérent de lutte contre l'épidémie. On estime généralement que cette stratégie pancanadienne a été efficace pour ce qui est, par exemple, du renforcement de la capacité communautaire, de l'inscription du VIH/sida dans le contexte des droits de la personne et de la promotion de la recherche scientifique et sociale<sup>24</sup>.

La SCVS vise les dix secteurs stratégiques suivants :

- recherche
- développement communautaire et soutien des organisations non gouvernementales nationales
- soins, traitement et soutien
- surveillance
- prévention
- communautés autochtones
- consultation, évaluation, surveillance et rapports
- droits légaux, éthiques et de la personne
- Service correctionnel du Canada
- collaboration internationale

La responsabilité à l'égard de la gestion revient principalement à la Division des politiques, de la division de la coordination et des programmes sur le VIH/sida de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), mais les bureaux régionaux de l'ASPC responsables du Programme d'action communautaire sur le sida (PACS), la Division de la surveillance et de l'évaluation des risques (ASPC), les Laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie (ASPC), la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (Santé Canada), la Division des affaires internationales (Santé Canada), le Service correctionnel du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada jouent également un rôle important<sup>25</sup>. La coordination de la coopération intergouvernementale est assurée par les bureaux régionaux de l'ASPC et Santé Canada, ainsi que par le comité FPT-sida et le Groupe de travail FPT sur la santé des chefs de services correctionnels. Ces deux comités intergouvernementaux sont constitués de représentants de toutes les provinces et de tous les territoires au Canada. Le ministre de la Santé bénéficie des conseils qui lui sont prodigués par le Conseil ministériel sur le VIH/sida, constitué d'experts de divers domaines et de personnes vivant avec le VIH/sida. Le Conseil national autochtone sur le VIH/sida donne des conseils à l'ASPC et à Santé Canada sur les enjeux touchant le VIH/sida qui ont un impact sur les peuples autochtones du Canada.

<sup>24</sup> Pour obtenir une analyse de la SCVS, voir Spigelman, 2003.

<sup>25</sup> L'Agence de santé publique du Canada a été créée le 24 Septembre, 2004 et est largement composée de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada. La Division des politiques du VIH/sida, la division de la coordination et des programmes, la Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, les Laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie, et les anciens bureaux régionaux de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique font maintenant partie de la nouvelle Agence de santé publique du Canada.

Le budget annuel de la Stratégie est de 42,2 millions de dollars, dont la plus grande partie est affectée à la recherche (13,2 millions de dollars) et au développement communautaire et au soutien des organisations non gouvernementales nationales (10 millions de dollars). En 2003, des sommes supplémentaires ont été engagées par :

- le Service correctionnel du Canada (4 millions de dollars);
- la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits à Santé Canada (2,5 millions de dollars);
- les Instituts de recherche en santé du Canada (4,8 millions de dollars).

Le Service correctionnel du Canada a également affecté 7,7 millions de dollars à la création d'un Programme national de traitement d'entretien à la méthadone (dont 1 million de dollars provenant de la Stratégie canadienne antidrogue) ainsi qu'un total de 13 millions de dollars aux activités de prévention des maladies infectieuses, de dépistage, de soins, de traitement et de surveillance<sup>26</sup>.

Le Canada a aussi apporté une contribution considérable aux efforts internationaux de lutte contre le VIH/sida. L'ACDI a augmenté son financement annuel consacré aux programmes internationaux liés au VIH/sida, lequel est passé de 22 millions de dollars en 2000-2001 à 80 millions de dollars en 2004-2005, pour un investissement quinquennal de 270 millions de dollars. En 2001, le Canada s'est également engagé à verser 100 millions de dollars américains sur quatre ans au Fonds mondial pour combattre le sida, la tuberculose et la malaria, et s'est engagé à doubler sa contribution annuelle en 2004. En mai 2004, le Canada annonçait une contribution de 100 millions de dollars à l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cela correspond à plus de la moitié du manque à gagner actuel estimé par l'OMS

pour les années 2004 et 2005. Enfin, le Canada a affecté 62 millions de dollars du Fonds canadien pour l'Afrique à la mise au point d'un vaccin contre le sida et à des activités visant à soutenir le travail d'une coalition canadienne sur le VIH/sida sur l'impact social de la maladie, y compris sur l'éducation des enfants, le travail et les structures familiales. En tout et pour tout, l'investissement international quinquennal du Canada s'élèvera à plus de 500 millions de dollars.

Au pays, le gouvernement fédéral a récemment annoncé son intention d'accroître progressivement le budget annuel de la Stratégie pour le faire passer à 84,4 millions de dollars sur cinq ans. Le rapport du Comité permanent de la santé (*Renforcer la Stratégie canadienne sur le VIH/sida*), l'examen quinquennal de la Stratégie, le document *Ensemble, nous pouvons jouer un rôle de premier plan : Plan d'action sur le VIH/sida pour l'ensemble du Canada*, la recherche menée par l'Agence de santé publique du Canada et les commentaires des intervenants orientent l'élaboration d'un nouveau cadre stratégique pour le renouvellement de l'initiative fédérale.

### **Coordination et coopération**

La SCVS s'assortit d'un engagement envers la coopération, les partenariats multisectoriels et les consensus « à chaque étape de la planification et de la mise en œuvre »<sup>27</sup>. On a tenu une série de rencontres d'orientation et établi des comités consultatifs permanents (comme le Conseil ministériel sur le VIH/sida et le Conseil national autochtone sur le VIH/sida) en vue d'orienter l'élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie et de veiller à ce qu'elle permette de réagir aux nouveaux enjeux éventuels. Le Groupe de travail sur les questions internationales liées au VIH/sida rassemble plusieurs ministères et organismes non gouvernementaux en vue de discuter des questions touchant la collaboration internationale.

<sup>26</sup> Canada, Santé Canada, 2003(d), p. 5.

<sup>27</sup> Canada, Santé Canada, 2003(d), p. 6.

Aux échelons national et régional, l'ASPC finance des organisations non gouvernementales en reconnaissance de leur contribution vitale à titre de partenaires de la lutte contre le VIH/sida. Parmi ces organismes nationaux, mentionnons les suivants : la Société canadienne du sida, le Réseau canadien autochtone du sida, le Réseau juridique canadien VIH/sida, le Réseau canadien d'échange d'informations sida, le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, la Coalition interagence sida et développement, l'Association canadienne de santé publique et le Groupe de travail canadien sur le VIH et la réadaptation.

Dans la même veine, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada collabore avec divers organismes nationaux et régionaux (comme l'Assemblée des Premières nations et le Réseau canadien autochtone du sida) et leur verse du financement en vue d'entreprendre des activités de promotion de la santé et de sensibilisation au VIH/sida chez les Autochtones, en particulier chez les Inuits et les membres des Premières nations qui vivent sur une réserve. Les bureaux régionaux de Santé Canada travaillent également avec des organismes communautaires et leur verse des fonds de fonctionnement et de projets à des fins similaires. Cette contribution est particulièrement importante dans les provinces et les territoires où le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida et la contribution provinciale ou territoriale sont relativement modestes.

La relation entre le gouvernement et la communauté est désormais solide et pleinement développée, même si, comme l'indiquent certains informateurs clés, l'engagement du gouvernement envers la consultation ralentit parfois le processus décisionnel. Néanmoins, la coordination et la collaboration sont considérées comme essentielles, puisqu'il est clairement avantageux de miser sur les connaissances et l'expérience des communautés.

La collaboration et la coopération intergouvernementales jouent également un rôle crucial vu la structure fédérale du pays qui confie primordialement les responsabilités de la santé aux provinces et aux territoires. Pourtant, le gouvernement canadien peut influencer la politique de la santé par le biais de l'établissement et de l'administration de normes nationales, l'application de la *Loi canadienne sur la santé* et les transferts de fonds. Le gouvernement fédéral s'est employé à assurer la direction de l'effort canadien en assumant directement la responsabilité à l'égard de certaines activités et en habilitant d'autres intervenants à se charger d'autres activités<sup>28</sup>.

### **Dépistage, prévention, soins et traitement**

En général, le gouvernement fédéral ne participe pas *directement* aux activités de dépistage, de soins et de traitement. Néanmoins, il joue un rôle actif dans la lutte contre le VIH/sida à l'échelle communautaire, grâce, par exemple, aux mesures suivantes :

- Son Programme d'action communautaire sur le sida, qui a des bureaux dans chaque région, accorde un financement pluriannuel de fonctionnement et de projet à un large éventail d'organismes communautaires prenant part à une gamme étendue d'activités communautaires.
- Il a une responsabilité fiduciaire de fournir des soins de santé aux Inuits et aux membres des Premières nations qui vivent sur des réserves. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada finance des initiatives de promotion de la santé, des traitements médicaux (y compris le dépistage du VIH et certains traitements de toxicomanie exclus des programmes provinciaux) et le transport pour les personnes devant se déplacer pour recevoir des soins ou un traitement.

<sup>28</sup> Voir Spigelman, 2003, p. 23.

- Il est directement responsable de dispenser des soins de santé aux personnes incarcérées dans des établissements correctionnels fédéraux ainsi qu'aux personnes qui font leur service militaire ou qui sont membres de la Gendarmerie royale du Canada.
- Ses efforts (depuis janvier 2002) pour veiller à ce que tous les demandeurs du statut de résident permanent au Canada âgés de plus de 15 ans subissent un test de dépistage pour le VIH<sup>29</sup>.
- Le financement de projets communautaires nationaux visant les membres des Premières nations vivant hors réserve et les communautés inuites et métisses, ainsi que le renforcement des capacités, les modèles de pratiques exemplaires, les services d'information, la diffusion d'information au grand public, les droits d'origine législative et éthique et les droits de la personne.

Le gouvernement fédéral a également joué un rôle important en tenant des réunions et des conférences nationales, en finançant des projets pilotes, en assurant le maintien d'un système national de surveillance et en finançant d'importantes recherches, y compris des études par cohortes. Cette campagne a pour but de « remettre le VIH/sida à l'avant-scène » pour le public canadien. De plus, Santé Canada et le Réseau canadien autochtone du sida ont lancé une campagne d'information en vue d'accroître la sensibilisation et le dialogue chez les Premières nations, les Inuits et les Métis<sup>30</sup>. L'initiative visant les réserves doit chercher à préserver la confidentialité tout en s'employant à déterminer la taille et l'étendue de l'épidémie dans ces collectivités.

### **Connaissances**

Le gouvernement fédéral et la SCVS ont joué un rôle important en ce qui a trait à la création, à l'organisation, à l'analyse et à la diffusion des données épidémiologiques et d'autres connaissances.

Le gouvernement fédéral jouit d'une position privilégiée pour regrouper l'information et les expériences de diverses administrations et pour promouvoir les efforts visant à intégrer ces connaissances à la pratique grâce à l'échange d'informations comme celui adopté dans le cadre du Programme d'action communautaire sur le sida (PACS).

Le financement fédéral, généralement consenti par les Instituts de recherche en santé du Canada, a permis aux chercheurs canadiens d'apporter une contribution très importante aux efforts nationaux et internationaux pour lutter contre l'épidémie. Ces chercheurs jouent également un rôle important dans le cadre de certains essais cliniques, de l'évaluation de régimes de traitements et de l'effort international pour mettre au point un vaccin. De plus, le Canada fait la promotion d'une approche fondée sur les déterminants de la santé qui insiste sur l'impact de la discrimination, de la stigmatisation et d'autres facteurs sociaux et économiques qui influent la vulnérabilité au VIH. On estime qu'il est crucial de tenir compte de ces déterminants de la santé afin de réduire la vulnérabilité et de prévenir la propagation de l'épidémie, et cette approche a été intégrée dans le PACS.

Fait à signaler, les auteurs de la SCVS se sont efforcés d'aborder des questions de polémique (comme la réduction des méfaits) et de susciter un débat public élargi en finançant des projets relatifs, entre autres, au renforcement des capacités chez les toxicomanes et les pratiques exemplaires en matière d'échange de seringues. Vu l'importance de diffuser et d'appliquer de nouvelles connaissances, l'ASPC finance aussi le Centre canadien d'information sur le VIH/sida (précédemment appelé Centre canadien de documentation sur le VIH/sida) et le Réseau canadien d'info-traitements sida.

<sup>29</sup> Canada, Santé Canada, 2003(d), p. 11.

<sup>30</sup> Canada, Santé Canada, 2003(d), p. 10.

Enfin, l'ASPC recueille des données de surveillance auprès de chaque province et territoire et fournit des rapports et des analyses à l'échelle nationale. Elle soutient les activités de surveillance dans certaines provinces ou certains territoires, par l'entremise de ses agents de surveillance sur le terrain (AST). Ceux-ci travaillent présentement avec leurs homologues provinciaux à Vancouver, Calgary, Regina, Winnipeg, Toronto et Halifax. L'ASPC soutient également les efforts de surveillance en établissant des partenariats avec les provinces et les territoires en vue de normaliser les définitions nationales et les méthodes de collecte des données et, au besoin, de mettre au point des applications logicielles.

### Renforcement des efforts

L'examen de la documentation et les entretiens auprès des informateurs clés ont permis de cerner les moyens suivants pour renforcer les efforts du gouvernement fédéral pour lutter contre l'épidémie de VIH/sida :

- clarifier les priorités, les buts et les mesures du rendement s'inscrivant dans la SCVS;
- assurer le leadership nécessaire pour renforcer l'appui du public à l'égard de programmes controversés de prévention et de réduction des méfaits;
- allouer les fonds adéquats aux nombreuses tâches liées à la lutte contre l'épidémie;
- lutter efficacement contre l'épidémie auprès de certains groupes à risque, comme les homosexuels, les Autochtones (sur et à l'extérieur des réserves), les personnes incarcérées dans des établissements correctionnels fédéraux, les femmes et les utilisateurs de drogues injectables<sup>31</sup>.

## 3.2 Colombie-Britannique

### Points saillants des activités de surveillance

- Environ 10 500 personnes vivent actuellement avec le VIH/sida en Colombie-Britannique, ce qui constitue une augmentation d'environ 1 000 personnes depuis 1999.
- Le taux d'incidence du VIH était à la baisse, ayant passé de 19,6 (sur 100 000 habitants) en 1990 à 18,2 en 1995, à 10,2 en 2000. Le taux a augmenté à 10,7 en 2001 et en 2002, pour ensuite reculer de nouveau à 10,1 en 2003<sup>32</sup>.
- En 2003, la catégorie des HRSH comptait pour 36,5 % des nouveaux cas déclarés de VIH séropositifs dont la catégorie d'exposition était connue. La catégorie des UDI comptait pour 25,7 % des cas, et la transmission chez les hétérosexuels, pour 24,9 % des cas. Les proportions équivalentes en 2000 étaient de 37,4 %, de 32 % et de 19,7 %. Autrement dit, la proportion chez la catégorie des HRSH est demeurée à peu près la même, alors que celle des UDI a baissé, et la transmission chez les hétérosexuels a augmenté.
- Les femmes comptaient pour 21,5 % des nouveaux cas déclarés de VIH séropositifs en 2003, par rapport à 21,3 % en 2000 et 22,4 % en 1995.
- En 2003, la catégorie des Autochtones comptait pour 16 % des nouveaux cas déclarés de VIH séropositifs dont l'origine ethnique était connue. Presque 42 % des nouveaux cas déclarés chez les Autochtones concernaient des femmes. En 1995, la catégorie des Autochtones comptaient pour 16,7 % des nouveaux cas déclarés de VIH séropositifs dont l'origine ethnique était connue.

<sup>31</sup> Spigelman, 2003, p. 9.

<sup>32</sup> BC Centre for Disease Control (BCCDC), 2002, p. 17.



## Colombie-Britannique<sup>33</sup>

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Estimation de la prévalence</b>		10 500 <sup>34</sup>		9 500 <sup>35</sup>	
<b>Cas de sida</b>					
Nombre de cas de sida déclarés par année	75	88	77	144	335
Nombre cumulatif de cas de sida déclarés	3 730	3 655	3 567	3 490	2 599
Cas de sida nouvellement déclarés, selon le sexe :					
Hommes	66	79	70	126	308
Femmes	9	8	7	16	26
Cas de sida nouvellement déclarés, selon la catégorie d'exposition :					
HRSH	5	25	29	64	220
HRSH/UDI	2	3	3	5	15
UDI	16	15	12	32	41
Contact hétérosexuel	5	6	6	13	33
Autres (hémophiles, inconnue, etc.)	47	39	27	30	26
Cas de sida nouvellement déclarés, selon l'âge :					
<15 ans	0	1	2	2	3
de 15 à 29 ans	6	5	7	10	42
de 30 à 49 ans	45	57	45	102	245
de 50 ans et plus	24	24	23	28	44
Âge inconnu	0	1	0	2	1
Cas de sida nouvellement déclarés, selon l'origine ethnique					
Blanc	30	37	50	99	250
Autochtone	6	6	6	13	29
Asiatique	0	2	6	1	4
Autres et origine inconnue	39	43	15	31	52

<sup>33</sup> Division of STD/AIDS Control, BC Centre for Disease Control Society, juillet 2004. Voir aussi BCCDC, VIH/AIDS Update, Annual 2002.

<sup>34</sup> La BCCDC estime que la prévalence se situe entre 8 000 et 13 000.

<sup>35</sup> Estimation de la BCCDC pour 1999.

## Colombie-Britannique (suite)

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Infection à VIH</b>					
Nombre total de cas de VIH déclarés	423	438	437	408	682
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon la catégorie d'exposition					
HRSH	135	148	134	133	185
HRSH/UDI	24	12	20	10	28
UDI	95	145	121	114	267
Contact hétérosexuel	92	98	103	70	68
Travailleurs du sexe/UDI	18	15	11	19	40
Travailleurs du sexe	2	0	1	1	0
Tous les autres	4	9	10	9	10
Inconnue	53	11	37	52	84
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon le sexe					
Hommes	328	353	345	321	526
Femmes	90	85	87	87	152
Inconnu	5	0	5	0	4
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon l'origine ethnique					
Blanc	246	276	285	253	384
Autochtone	59	66	69	58	90
• hommes	34	39	38	36	55
• femmes	25	27	31	22	34
• inconnue	0	0	0	0	1
Asiatique	28	47	28	25	30
Noir	22	17	24	18	15
Hispanique	13	24	10	8	19
Origine inconnue	55	8	21	46	144
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon l'âge					
<18 mois	1	0	1	2	1
<15 ans	2	1	3	1	4
15 à 29 ans	76	75	110	94	203
30 à 49 ans	261	295	271	256	426
50 ans et plus	82	66	50	54	41
Âge inconnu	1	1	2	1	7

## Organisation

Les efforts de la Colombie-Britannique pour lutter contre le VIH/sida sont depuis longtemps guidés par une stratégie provinciale; la province a d'abord adopté le *British Columbia's Framework for Action on HIV/AIDS* en 1998, et ensuite *Priority for Action in Managing the Epidemics, HIV/AIDS in British Columbia 2003-2007*. Cette dernière stratégie a pour but de « compléter, guider et soutenir les efforts des communautés et des autorités de la santé afin de contrer l'un des plus graves problèmes de santé publique en Colombie-Britannique aujourd'hui »<sup>36</sup>. Cette stratégie vise à servir de plan d'orientation aux autorités de la santé, aux partenaires communautaires et aux ministères provinciaux dans leurs rôles respectifs pour lutter contre et gérer l'épidémie dans le cadre de l'effort provincial.

Les auteurs de *Priorities for Action* reconnaissent que le VIH/sida « est une maladie complexe qu'on ne peut prévenir complètement pour l'instant ». La stratégie s'attache donc « à gérer les épidémies au moyen d'un effort soutenu dans quatre domaines clés : la prévention, les soins, le traitement et le soutien la capacité et la coordination et la coopération<sup>37</sup>. Elle établit essentiellement des buts ambitieux et quantifiables pour la période qui s'étendra de 2003 à 2007 :

- réduire de 50 % le nombre de personnes infectées chaque année ainsi que le nombre de personnes qui sont séropositives pour le VIH et qui ne le savent pas;
- accroître de 25 % la proportion de personnes séropositives pour le VIH qui bénéficient des services appropriés;
- renforcer la capacité de la province d'assurer le suivi de l'épidémie de VIH;
- créer et maintenir un soutien élargi à l'égard de *Priorities for Action*.

<sup>36</sup> Colombie-Britannique, 2003, p. 2.

<sup>37</sup> Colombie-Britannique, 2003, p. ii.

<sup>38</sup> Voir BCCDC, 2000, et BC Aboriginal AIDS Task Force, 1999.

Le document établit des objectifs mesurables et des stratégies clés pour chaque but et comporte un engagement envers le contrôle et la reddition de compte pour les autorités de la santé et les autres partenaires. Toutefois, ces mesures de reddition de comptes ne sont pas encore en place et il faudra peut-être adopter des mesures plus spécifiques et mieux ciblées que ce que le gouvernement attend habituellement des autorités de la santé. *Priorities for Action* est complété par le rapport Chee Mamuk sur l'épidémie chez les Autochtones ainsi que par une ancienne stratégie relative aux Autochtones, préparée par le Groupe d'étude de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida chez les Autochtones<sup>38</sup>.

Le document a été bien reçu par certains intervenants communautaires qui l'ont décrit comme un outil utile à leurs propres fins. Certains se réjouissent particulièrement du fait que la province assume le risque lié à l'expression de buts aussi ambitieux et espèrent qu'elle prendra des mesures actives pour les atteindre. D'autres sources communautaires, toutefois, s'inquiètent du fait qu'on ne les a pas invitées à participer à l'élaboration de *Priorities for Action* et qu'aucune nouvelle affectation de fonds n'y est reliée.

Le ministère des Services de la santé de la province est responsable de gérer et de contrôler les efforts à l'échelle de la province et compte renforcer sa capacité dans ce secteur et de créer des mécanismes pour faciliter la coordination et la collaboration entre les intervenants. Le ministère bénéficie de l'aide du Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique (BCCDC), en particulier pour ce qui est du contrôle de l'épidémie et des aspects de l'épidémie qui concernent les Autochtones. Le Centre d'excellence en VIH/sida de la Colombie-Britannique est responsable de l'exécution du programme de médicaments antirétroviraux de la province.

En 2003, le médecin hygiéniste de la province a estimé que les dépenses annuelles de la Colombie-Britannique pour les services liés au VIH/sida s'établissaient à \$100 millions de dollars.

### Coordination et collaboration

La coordination et la collaboration constituent un élément important de l'effort en Colombie-Britannique. La plateforme pour la lutte contre le VIH/sida en Colombie-Britannique est constituée de six autorités en matière de santé, soit cinq organismes investis de responsabilités régionales et un organisme responsable des programmes et services spécialisés à l'échelle de la province. La stratégie *Priorities for Action* met au défi ces autorités ainsi que leurs partenaires communautaires de concevoir et de fournir la gamme de programmes et services nécessaires pour atteindre les buts provinciaux. Toutefois, certains informateurs clés craignent que le degré de collaboration entre les organismes de services liés au sida et les autorités en matière de santé varient considérablement d'une région à une autre, et qu'il n'y ait aucune coordination ni planification centralisée. Néanmoins, trois des autorités en matière de santé sont dotées de plans relatifs aux services et trois autres s'affairent actuellement à élaborer leurs plans.

Le ministère de l'Éducation de la province a assorti ses programmes d'éducation d'un volet lié à la santé en matière de sexualité. Le ministère de la Planification de la santé noue des relations avec le Solliciteur général et tente, en collaboration avec les autorités de la santé, d'élaborer des protocoles pour faire face aux problèmes liés au VIH/sida dans les établissements correctionnels de la province.

La Colombie-Britannique participe aux activités du Comité FPT sur le VIH/sida et du Groupe de travail FPT sur le VIH/sida des chefs de services correctionnels. La relation de travail avec le bureau régional de Santé Canada responsable du Programme d'action communautaire sur le sida est étroite,

même si les ressources provinciales et fédérales sont gérées séparément. L'écart en ce qui concerne les compétences et les services liés aux Autochtones qui vivent sur des réserves et à l'extérieur des réserves cause des préoccupations considérables dans la province, en particulier compte tenu de la présence de l'épidémie chez les Autochtones et du mouvement des Autochtones d'une collectivité à l'autre.

La Colombie-Britannique n'a pas intégré ses efforts liés au VIH/sida avec ses autres initiatives liées à la santé publique et aux agents pathogènes à diffusion hématogène, même si certaines autorités en matière de santé se dirigent actuellement dans ce sens. Il est important de signaler que les municipalités jouent un rôle plus marqué dans le cadre des efforts pour lutter contre l'épidémie, comme à Vancouver, où l'on a adopté une approche fondée sur « quatre piliers », et à Victoria, où l'on tient actuellement des discussions en vue d'améliorer les services liés à la réduction des méfaits.

### Dépistage, prévention, soins et traitement

La province offre des services de dépistage prénatal du VIH au moyen d'un modèle d'adhésion volontaire, c'est-à-dire qu'on demande aux femmes si elles souhaitent qu'un test soit effectué. Entre octobre et décembre 2003, le laboratoire provincial a reçu 10 900 prélèvements prénataux et a obtenu la permission d'effectuer un test de dépistage pour le VIH sur 8 650 (79 %) prélèvements. Comme le révèle le **tableau 2**, le nombre total de tests de dépistage du VIH effectués a lentement augmenté avec le temps pour dépasser la barre des 146 000 en 2002<sup>39</sup>. Au total, 1,6 millions de tests ont été effectués depuis 1985.

**Tableau 2, Nombre de tests de dépistage du VIH effectués en Colombie-Britannique, 1995-2002**

1995	1997	1999	2001	2002	2003
130 338	140 278	135 284	135 806	146 489	135 654

<sup>39</sup> BCCDC, 2002, p. 17.

Certains informateurs clés se disent préoccupés par le fait que le système de soins de santé de la province s'attache trop aux soins de courte durée et consacre trop peu d'attention et de ressources à la prévention, aux soins primaires et à la santé de la population. Ils ont laissé entendre qu'un leadership plus vigoureux s'impose à cet égard.

### **Connaissances**

Le Centre d'excellence en VIH/sida de la Colombie-Britannique est un leader national et international au niveau de la production et de la diffusion de nouvelles connaissances touchant tous les aspects de l'épidémie. Le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, pour sa part, dispense une formation à divers groupes de professionnels, accueille le programme Chee Mamuk destiné aux Autochtones, et travaille en partenariat avec une diversité d'organismes communautaires dont les activités sont liées au sida. Certains informateurs clés laissent entendre que le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique doit diffuser plus rapidement les données relatives au VIH/sida afin de mieux informer les fournisseurs de services communautaires.

On avance aussi qu'il faut s'attacher davantage à l'évaluation axée sur les résultats, de façon à optimiser l'utilisation de ressources toujours limitées.

### **Renforcement des efforts**

Les informateurs clés ont suggéré une diversité de mesures susceptibles de renforcer les efforts de la province pour lutter contre l'épidémie :

- sensibiliser davantage le public et accroître l'engagement politique et le leadership à tous les échelons, car on craint que le public ait cessé de se préoccuper de la question du VIH/sida, et que cette question ne soit plus prioritaire;
- créer un système-sentinelle de surveillance plus efficace afin de mieux cerner les tendances au sein des populations à risque;
- mettre davantage l'accent sur la prévention et la santé de la population;
- affecter d'autres ressources financières à la lutte contre l'épidémie ainsi qu'aux autorités de santé et aux organismes de services communautaires, deux informateurs clés ayant laissé entendre que « tout est en place pour qu'on puisse lutter contre l'épidémie, mais les ressources sont insuffisantes »;
- établir un système de transferts fédéraux assortis d'exigences de reddition de comptes strictes, de façon à améliorer la coopération intergouvernementale et à s'assurer que les deniers fédéraux permettent bel et bien à la province d'atteindre ses objectifs de santé publique.
- accroître la participation aux comités intersectoriels sur le VIH/sida en y incluant des représentants d'organismes communautaires, d'autorités de santé et d'autres administrations;
- choisir un « leader » parmi les autorités de santé et le charger de diriger la lutte contre le VIH/sida.

### 3.3 Alberta

Points saillants des activités de surveillance<sup>40</sup>

- Environ 3 200 personnes vivent avec le VIH/sida en Alberta.
- En 2003, le taux des cas de séropositivité au VIH nouvellement déclarés était beaucoup plus élevé à Edmonton qu'à Calgary : 7,0 et 5,4/100 000, respectivement. Les tendances pour les catégories d'exposition varient sensiblement selon la région; par exemple, la catégorie la plus fréquente à Edmonton est celle des UDI, et à Calgary, celle des HRSH. Par ailleurs, on a enregistré cette année-là une augmentation proportionnelle chez les HRSH dans les deux villes.
- À l'échelle de la province, la catégorie d'exposition la plus souvent déclarée en 2003 était celle des HRSH (39 % dans l'ensemble des cas), suivie par celle des UDI (22 %).
- De 1999 à 2003, les Autochtones, qui représentent environ 5 % de la population totale de la province, comptaient pour 30 % des cas de séropositivité au VIH nouvellement déclarés. Toutefois, ces données variaient d'une région à une autre et, en 2003, 32 % des nouveaux cas d'infection dans la région d'Edmonton touchaient les Autochtones, par rapport à 5 % dans la région de Calgary.

<sup>40</sup> Alberta Blood-borne Pathogens Surveillance Working Group, 2003, p. 5-6; système de déclaration des maladies transmissibles, 4 mai 2004.

## Alberta<sup>41</sup>

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1999
<b>Estimation de la prévalence</b>	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3 200
<b>Cas de sida</b>					
Nombre de cas de sida déclarés par année	40	33	42	49	41
Nombre cumulatif de cas de sida déclarés	1 160	1 119	1 087	1 045	996
Cas de sida nouvellement déclarés, selon le sexe					
Hommes	28	28	37	42	38
Femmes	12	5	5	7	3
Cas de sida nouvellement déclarés, selon la catégorie d'exposition					
HRSH	13	9	19	22	16
UDI	8	10	10	10	6
HRSH et UDI	0	1	4	2	4
Hétérosexuel – Endémique/ Partenaire à risque/ARS	18	10	8	15	14
Autres	0	3	1	0	1
Inconnus	1	0	0	0	0
Cas de sida nouvellement déclarés, selon l'âge					
Enfants et jeunes (0 à 19 ans)	0	1	0	0	0
Adultes (20 à 59 ans)	37	32	38	48	41
Aînés (60 ans et plus)	3	0	4	1	0
Décès reliés au sida	6	4	11	17	11

<sup>41</sup> Système de déclaration des maladies transmissibles, 4 mai 2004, préparé par la Division du contrôle et de la prévention de maladies, Santé et Bien-être Alberta. Les données sur le VIH dont on dispose remontent seulement à mai 1998.

## Alberta (suite)

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1999
<b>Infection à VIH</b>					
Nombre total de cas de séropositivité au VIH déclarés	157	179	168	191	162
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon la catégorie d'exposition					
HRSH	61	34	36	53	38
HRSH/UDI	1	5	6	2	6
UDI	35	76	65	79	64
VIH/sida – Pays endémiques	15	18	18	14	18
Contact hétérosexuel – Partenaire à risque	25	20	22	20	11
ARS – Hétérosexuel	19	18	19	21	22
ARS – Autre	0	8	2	1	3
Périnatale	0	0	0	1	0
Inconnue	1	0	0	0	0
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon le sexe					
Hommes	121	122	123	127	117
Femmes	36	57	45	64	45
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon l'origine ethnique					
Blanc	88	81	85	101	101
Noir	17	20	20	16	18
Autochtone	40	68	58	64	31
Asiatique	7	5	4	8	5
Autre	4	4	1	1	5
Origine ethnique inconnue	1	1	0	1	2
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon l'âge					
0 à 14 ans	0	0	0	1	0
15 à 24 ans	19	13	16	22	24
25 à 59 ans	131	165	146	165	136
60 ans et plus	7	1	6	3	2

### Remarques

1. Données réparties par année de déclaration.
2. Groupes d'âge établis selon l'âge de la personne au moment de la déclaration.
3. N/D = non disponible.



## Organisation

En 1999, l'Alberta a élaboré, pour la première fois, une stratégie sur le VIH/sida pour la période de 1998-1999 à 2002. Même si cette stratégie ne comportait pas de buts ni d'objectifs spécifiques ou quantifiables, elle s'est révélée un plan important de lutte contre le VIH/sida et a permis, selon l'un des informateurs clés, « d'obtenir l'autorisation de déployer différentes initiatives ». La stratégie a également servi à déterminer les responsabilités et rôles respectifs des intervenants, dont Santé et Bien-être Alberta, les autorités régionales de santé, les organismes communautaires sur le sida et l'agence de santé publique.

On s'efforce actuellement à remplacer cette stratégie par une autre stratégie qui sera dotée de buts mesurables et d'exigences de reddition de comptes. Cette nouvelle stratégie permettra de mieux définir les rôles et responsabilités des intervenants clés dans la prévention et le traitement du VIH/sida et les soins et l'appui à donner aux personnes infectées. Cette stratégie sera axée sur la santé de la population. La nouvelle stratégie intégrera mieux le VIH/sida avec d'autres pathogènes à diffusion hématogène et infections transmissibles sexuellement, afin que cette approche permette :

- de mieux déterminer le profil du VIH/sida et de ses interactions avec d'autres pathogènes à diffusion hématogène et ITS;
- de réduire le « cloisonnement » qui peut nuire à l'efficacité de certaines mesures, de façon à obtenir davantage de soutien et de ressources en réduisant la duplication des services;
- de mieux tenir compte de la réalité des communautés où des luttes contre le VIH/sida déploient également des efforts dans les domaines de l'hépatite C et d'autres ITS.

Santé et Bien-être Alberta finance des programmes communautaires pour environ 2,3 millions de dollars par l'entremise du Fonds de la communauté de l'Alberta pour le sida et accorde une aide supplémentaire de 70 000 \$ dans le cadre du Projet d'échange de seringues en vente libre<sup>42</sup>. La province finance également un intervenant communautaire qui offre des programmes de prévention des pathogènes à diffusion hématogène, principalement aux Autochtones hors réserve. D'autres fonds sont fournis par l'entremise des budgets globaux des autorités régionales de santé.

## Coordination et coopération

Il est à noter qu'il y a une relation de travail solide entre les différents bureaux régionaux de l'ASPC et le gouvernement provincial. Aussi, les gouvernements provinciaux et celui fédéral ont travaillé ensemble pour créer un modèle innovateur pour le financement. Le Fonds de la communauté de l'Alberta pour le sida (ACHF) est un modèle communautaire-provincial-fédéral conjoint de financement élaboré à la suite de consultations menées auprès de représentants d'organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida, de personnes qui vivent avec le VIH/sida, d'autorités régionales de santé, ainsi que des ministères provinciaux et fédéral de la Santé. Ce modèle remplace les lignes directrices de l'ASPC concernant le Programme d'action communautaire sur le sida et celles de Santé et Bien-être Alberta touchant les subventions aux organismes communautaires.

Ce fonds offre un processus de financement simplifié et transparent qui permet d'éviter les chevauchements et de mieux coordonner le tout. Grâce à son financement d'activités de fonctionnement et de projets<sup>43</sup>, le Fonds de la communauté de l'Alberta pour le sida (ACHF) soutient :

- les efforts déployés en vue d'établir des milieux favorables et d'offrir des soins et un appui;

<sup>42</sup> La contribution de Santé Canada au Alberta Community HIV Fund s'élève à environ 683 000 \$.

<sup>43</sup> Les fonds de projet varient de 5 000 \$ à 20 000 \$.

- les initiatives de prévention, de réduction des méfaits et de promotion de la santé;
- les mesures visant à renforcer les organisations communautaires.

Cette approche du financement est considérée comme pratique exemplaire pour le travail en commun entre les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral.

### Dépistage, prévention, soins et traitement

L'Alberta fait face à un enjeu important, car l'épidémie se propage différemment d'une région à une autre. À Edmonton, par exemple, l'épidémie est concentrée dans le centre-ville, où les catégories d'exposition sont surtout celles associées à l'usage de drogues par injection et à la transmission hétérosexuelle, et les Autochtones représentent le groupe le plus vulnérable. À Calgary, par contre, l'épidémie touche principalement les HRSH.

Les autorités régionales de santé effectuent la recherche de contacts dans les réserves des Premières nations, mais la répartition des compétences fédérales-provinciales freine l'élaboration de services complets et intégrés à l'intention des Autochtones. Le taux élevé de déplacement entre les réserves ou les établissements et les centres urbains fait qu'on éprouve plus de difficulté à localiser les Autochtones pour leur offrir des services de suivi.

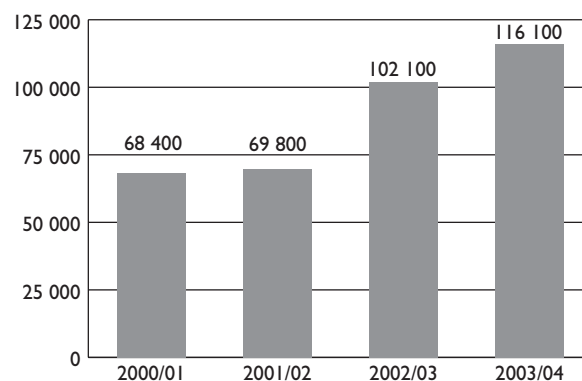
Même si certaines communautés sur les réserves sont de plus en plus déterminées à résoudre les problèmes liés aux pathogènes à diffusion hématogène, d'autres continuent à sous-estimer ou à nier l'importance d'une approche axée sur la réduction des méfaits (p. ex., offrir une éducation en matière de santé sexuelle dans les écoles et y distribuer des préservatifs). Les préoccupations touchant la confidentialité, surtout dans les petites communautés sur les réserves et les communautés

de Métis, peuvent également empêcher certains Autochtones de subir un test de dépistage. En outre, certains Autochtones ne peuvent obtenir de renseignements adaptés à leur culture sur la façon de prévenir, de gérer et de contrôler la maladie, ou ne savent tout simplement pas que ces renseignements existent.

En septembre 1998, l'Alberta a lancé un programme de dépistage prénatal du VIH, dans le cadre duquel on recommande fortement de tester toutes les femmes enceintes pour le VIH. Ce « modèle d'adhésion volontaire », que recommande l'Association médicale canadienne<sup>44</sup>, offre aux femmes la possibilité de subir un test de dépistage du VIH pendant leur grossesse. Toutefois, on doit obtenir leur consentement éclairé dans le cadre de cette initiative. Grâce à cette approche, environ de 95 % à 98 % des femmes enceintes en Alberta ont subi un test de dépistage du VIH.

La figure 5 illustre l'augmentation progressive du nombre total de tests de sérologie du VIH effectués en Alberta au cours de chaque année fiscale depuis 2000-2001.

**Figure 5, Nombre total de tests de sérologie du VIH, par année, en Alberta**



<sup>44</sup> Alberta Blood-borne Pathogens Surveillance Working Group, 2003, p. 20.

L'Alberta offre également des services de dépistage anonymes, mais seulement l'un des trois emplacements dans la province a été fréquenté par un petit nombre de clients au cours des deux dernières années.

Les coûts associés aux services cliniques et de traitement antirétroviral touchant le VIH sont financés par l'entremise d'un fonds provincial distinct; à cet égard, Edmonton coordonne les programmes prévus à cette fin pour le nord de l'Alberta, et Calgary, celui pour le sud de la province. Plusieurs médecins chargés de dépister le VIH tiennent également des cliniques régulières dans cinq établissements correctionnels provinciaux et fédéraux. En outre, la province finance un service d'assistance téléphonique gratuit sur les ITS et le VIH, qui permet d'obtenir des renseignements enregistrés 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et d'accéder à une infirmière pendant les heures de travail.

Lancé en 1995, le Projet d'échange d'aiguilles en vente libre (EAVL) représente un effort coordonné de 39 ministères, organismes, organisations et groupes communautaires, qui visent à réduire les méfaits associés à l'usage de drogues par injection, notamment en ce qui concerne le VIH et l'hépatite C. Le personnel sur le terrain collabore avec les décideurs en vue d'identifier les enjeux, d'élaborer des programmes et de formuler des politiques, ainsi que d'améliorer la santé des personnes qui s'injectent des drogues.

Les responsables du Projet d'EAVL s'efforcent d'améliorer l'accès à la méthadone dans la province et le nombre de cliniques de traitement à la méthadone est passé d'une seule, située à Edmonton, à cinq dans l'ensemble de la province. On compte maintenant deux cliniques à Edmonton, une à Red Deer et deux à Calgary. Un comité provincial de coordination pour le traitement de la dépendance aux opiacés orientera la prestation de ce traitement en Alberta.

Les informateurs clés ont suggéré que la gamme des mesures de soutien et des services requise pour combattre l'épidémie du VIH/sida en Alberta est en grande partie établie. Toutefois, ils ont souligné qu'on doit :

- offrir des services d'éducation publique et des programmes destinés aux jeunes et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes;
- accorder une attention particulière aux Autochtones et à leurs communautés, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves;
- offrir toute la gamme des services sociaux – par exemple, des programmes de logements – qui permettent de réduire la vulnérabilité au VIH;
- répondre aux besoins des membres de petites communautés tout en tenant compte des critères de confidentialité et des coûts associés aux déplacements que ceux-ci doivent effectuer pour recevoir des soins médicaux.

### **Connaissances**

Le gouvernement de l'Alberta investit dans la recherche par l'entremise de l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Il est nécessaire de noter que cette fondation accorde une importance considérable à la diffusion et à l'application de la recherche. Par exemple, la fondation a déployé une initiative en ce sens et publié un bulletin d'information, intitulé *Research in Practice*, « afin de s'assurer qu'on applique aussi rapidement que possible les conclusions de recherche importantes dans la pratique clinique et le processus de formulation des politiques »<sup>45</sup>. De plus, l'Alberta Community Council on HIV reçoit des fonds de l'ASPC visant à soutenir les travaux d'un coordonnateur de recherche qui peut aider les organismes à entreprendre des recherches communautaires.

<sup>45</sup> Voir [http://www.ahfmr.ab.ca/publications/reports/hrip2000/from\\_to.html](http://www.ahfmr.ab.ca/publications/reports/hrip2000/from_to.html) et <http://www.ahfmr.ab.ca/publications.html>.

## Renforcement des efforts

Les informateurs clés ont suggéré divers moyens de renforcer les mesures que la province a prises pour enrayer l'épidémie :

- affecter des ressources – ou réaffecter des ressources existantes – à la nouvelle stratégie provinciale;
- faire en sorte que les gens comprennent et acceptent mieux l'aspect autochtone de l'épidémie, notamment dans le nord de l'Alberta, entre autres en nouant des liens plus étroits entre la province et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits à Santé Canada, et en établissant des partenariats plus solides entre les Autochtones et leurs communautés, les autorités régionales de santé, les organismes de lutte contre le VIH/sida et d'autres organismes de service dans ce domaine;
- renforcer la capacité d'effectuer un suivi des cas signalés, surtout dans les régions rurales;
- renforcer les efforts de prévention à l'échelle communautaire, provinciale et nationale, et reconnaître que les campagnes de prévention doivent être uniformes, dynamiques et durables;
- combattre l'épidémie chez les populations qui font face à divers obstacles comme la toxicomanie, les troubles de santé mentale et les problèmes de logement;
- combattre la stigmatisation et la discrimination qui sont encore liées au VIH/sida.

## 3.4 Saskatchewan

### Points saillants des activités de surveillance

- Le nombre de cas de sida nouvellement déclarés demeure relativement faible et stable.
- Le nombre de cas d'infection à VIH nouvellement déclarés était plus élevé en 2003 qu'en 1995. La catégorie des HRSH comptait pour plus de 43 % des cas nouvellement déclarés en 1995, par rapport à 36 % en 2003. La catégorie des UDI comptait quant à elle pour 25 % des nouveaux cas en 1995, mais seulement pour 19 % en 2003. En 2002, la catégorie des UDI représentait toutefois la catégorie d'exposition pour 54 % des cas nouvellement déclarés. La catégorie d'exposition hétérosexuelle affiche l'augmentation la plus importante : elle est passée de 7 % en 1995 à 17 % en 2003.
- Le pourcentage de nouveaux cas de séropositivité au VIH+ chez les Autochtones est passé de 32 % en 1996 à près de 50 % au cours des dernières années.
- De 1985 à 2003, 27 % des cas de séropositivité au VIH déclarés touchaient les femmes. Cela représente un ratio homme-femme de 3:1, par rapport à un ratio de 6:1 pour l'ensemble du Canada.

## Saskatchewan

Indicateur	Année			
	2002	2001	2000	1995
<b>Cas de sida</b>				
Nombre de cas de sida déclarés par année	10	8	13	18
Nombre cumulatif de cas de sida déclarés	192	182	174	118
Cas de sida nouvellement déclarés, selon le sexe :				
Hommes	6	5	12	17
Femmes	4	3	1	1
<b>Infection à VIH</b>				
Nombre total de cas de séropositivité au VIH déclarés	26	40	35	28
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon le facteur de risque				
HRSH	1	10	10	12
HRSH/UDI	0	2	0	5
UDI	14	10	10	8
Contact hétérosexuel	7	8	10	2
VIH/sida – Pays endémiques	3	7	1	1
ARS – Périnatal/Professionnel/Autre	1	3	4	2
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon le sexe <sup>46</sup>				
<b>1985 – 31 décembre 2003</b>				
Hommes	330			
Femmes	120			
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon l'âge (1998) <sup>47</sup>				
	<b>2002</b>	<b>2001</b>	<b>2000</b>	<b>1995</b>
Périnatal	0	0	1	1
1 à 19 ans	1	0	1	1
20 à 29 ans	6	9	7	11
30 à 39 ans	5	15	13	12
40 à 49 ans	10	12	7	4
50 ans et plus	4	4	6	1

<sup>46</sup> 12 Saskatchewan, 2002, p. 21; Canada, 2003c), p. 19.

<sup>47</sup> 12 Saskatchewan, 2002, p. 21.

## Organisation

Santé Saskatchewan, les autorités régionales de santé, les organismes communautaires et le Comité consultatif sur le VIH/sida de la Saskatchewan sont conjointement chargés des mesures que la province doit prendre pour enrayer l'épidémie. Santé Saskatchewan compte une personne assignée à la coordination de ses efforts. Quant au comité consultatif, il se compose de 16 membres réguliers et de cinq agents de liaison. Il inclut des représentants de différentes professions de la santé, de groupes Autochtones, de ministères (Santé, Apprentissage, Ressources communautaires et Emploi, et Justice), de la Saskatchewan Federation of Labour, de programmes d'échange de seringues et d'organismes de services liés au sida.

L'équipe stratégique provinciale a rédigé le rapport *At Risk*, publié en 2002, qui offre une série de recommandations concernant les initiatives de prévention, de soins et de traitement. L'équipe a mis en relief l'importance de résoudre les problèmes liés à l'usage de drogues par injection et a en plus recommandé :

- de fournir des services d'éducation et de travail à proximité;
- de se pencher sur les déterminants sociaux de la santé en ce qui a trait à l'usage de drogues par injection;
- d'accroître les services visant à réduire les méfaits;
- d'offrir des services accessibles et adéquats de traitement de la toxicomanie;
- de soutenir la recherche sur l'usage de drogues par injection et la toxicomanie, afin qu'on arrive à mieux saisir l'enjeu<sup>48</sup>.

Le rapport *At Risk* n'a peut-être pas donné lieu à une stratégie provinciale, mais il a permis de sensibiliser et d'orienter les gens. On le décrit

comme un « document évolutif ». À noter que même son processus d'élaboration, qui a duré deux ans, a permis de sensibiliser les gens.

La Saskatchewan compte 13 autorités régionales de santé qui assument chacune des responsabilités en matière de services dans les secteurs suivants : hôpitaux; centres de santé; centres de bien-être; centres sociaux; soins de soutien; services de santé communautaire; services de réadaptation et promotion de la santé. De plus, la province compte cinq organismes de services liés au sida qui sont financés par le gouvernement provincial (l'aide se chiffre à environ 325 000 \$) et l'ASPC par l'entremise de son Programme d'action communautaire sur le sida. L'un de ces organismes, AIDS Programs South Saskatchewan, offre des services d'information et de soutien depuis 19 ans.

## Coordination et coopération

Le comité consultatif sur le VIH/sida de la Saskatchewan offre une tribune de coopération et de coordination entre les organismes. Santé Saskatchewan entretient de bonnes relations de travail avec le bureau régional de l'ASPC, mais le ministère provincial communique peu avec le Service correctionnel du Canada.

Regina, Saskatoon et Prince Albert comptent des organismes de services liés au sida qui répondent aux besoins de ces communautés et des régions environnantes. S'assurer que les autorités régionales de santé offrent un service de façon raisonnablement uniforme dans l'ensemble de la province n'est pas chose facile, et ce, même si ce genre de structure permet aux autorités locales d'adapter leurs mesures d'intervention touchant le VIH/sida et d'autres affections aux besoins et à la situation de leur région locale. L'uniformité est également un enjeu dont les organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida et les autorités régionales de santé doivent tenir compte dans leurs relations.

<sup>48</sup> Saskatchewan, 2002, p. 2.

À Regina et à Prince Albert, précise-t-on, les organismes communautaires, les autorités municipales et deux niveaux du gouvernement travaillent, bien ensemble et réagissent rapidement et efficacement aux nouveaux enjeux. Le partenariat serait moins solide avec les autorités régionales de santé à l'extérieur des principaux centres de la province, peut-être en raison de la concentration géographique de l'épidémie. Certains informateurs clés ont également affirmé que les organisations politiques qui représentent les Autochtones dans la province – contrairement aux groupes communautaires Autochtones – ne consacrent pas suffisamment d'efforts à la lutte contre le sida.

### **Dépistage, prévention, soins et traitement**

La province du Saskatchewan teste les femmes enceintes dans le cadre de son régime de soins prénatals au moyen d'un modèle d'adhésion volontaire, qui sert à obtenir leur consentement.

En 2002, les villes de Regina, Saskatoon et Prince Albert offraient des programmes d'échange de seringues bien établis, et celles de Moose Jaw et d'Île-à-la-Crosse en ont créé de nouveaux. Le programme de Saskatoon comptait environ 500 clients enregistrés, dont 50 % de femmes, et offrait des services à un endroit fixe et au moyen d'une unité mobile. Le programme de Regina comptait environ 430 clients en 1999, et celui de Prince Albert, un peu plus de 500 clients. En 1999, ces programmes ont permis de distribuer environ 600 000 seringues<sup>49</sup>. En réaction au rapport *At Risk* qu'elle a publié, la Saskatchewan a élargi au cours des dernières années son programme de traitement à la méthadone, ce qui a permis d'accroître le nombre de médecins qui prescrivent ce traitement : ils sont passés de six en 1997 à 17 en 2000. La capacité du programme a été étendue de 20 clients en 1996 à 550, en 2000.

À Regina, le projet sur le sida déployé par le réseau All Nations Hope en Saskatchewan – élaboré initialement dans le cadre des AIDS Programs South Saskatchewan – est désormais administré par un conseil indépendant et de façon autonome. Le projet a reçu un financement du gouvernement provincial et des fonds au titre du PACS pour des projets locaux à Regina et à Prince Albert, ainsi que pour des projets de portée provinciale. Ses responsables ont entrepris des travaux relatifs à l'hépatite C et au VIH/sida dans des établissements correctionnels. Les deux organismes de Regina ainsi que la région de santé et l'administration municipale de la ville participent également à la South Saskatchewan Harm Reduction Initiative.

### **Connaissances**

Les districts de santé de Regina et de Prince Albert, ainsi que Santé Saskatchewan et l'ASPC, ont entrepris des études visant « à déterminer l'ampleur de ces troubles de santé publics [VIH et hépatite C] dans le groupe à risque et à faciliter la formulation et la révision de politiques et de programmes de prévention »<sup>50</sup>. Ces études ont permis d'obtenir d'importantes informations sur le groupe des utilisateurs de drogues injectables; à Regina, par exemple :

- seulement 30 % des sujets ont terminé leurs études secondaires ou ont suivi des études supérieures;
- 96 % ont déclaré que « leurs conditions de logement étaient assez stables »;
- 73 % comptaient sur l'aide sociale comme source principale de revenu;
- 32 % avaient des enfants à leur charge;
- 37 % avaient habité à l'extérieur de la province du Saskatchewan au cours des cinq dernières années;
- 20 % utilisaient la méthadone au moment de l'étude.

<sup>49</sup> Saskatchewan, 2002, p. 31.

<sup>50</sup> Saskatchewan Health, 2000, p. 4. Voir aussi Saskatchewan Health, 1998.

Environ 44 % des sujets de l'échantillon ont déclaré qu'ils se servent matériel emprunté et qu'ils utilisent un préservatif seulement de temps à autre, que ce soit avec leur partenaire habituel ou occasionnel. Un pourcentage important a déclaré des antécédents de famille dysfonctionnelle, d'abus dans l'enfance, de troubles d'apprentissage et de pensées suicidaires ou de tentatives de suicide. Au total, 80 % des sujets ont déclaré être alcooliques et la plupart avaient participé à des activités criminelles. L'étude de Regina a donné lieu à d'importantes considérations stratégiques; par exemple :

- les programmes doivent tenir compte des déterminants primordiaux de la santé pour qu'ils soient efficaces;
- les Autochtones doivent participer à la planification et à l'exécution des nouveaux programmes, afin de s'assurer que ceux-ci sont adaptés à leur culture;
- on ne doit pas offrir les mêmes modèles de programme aux hommes qu'aux femmes, entre autres parce que celles-ci ont une responsabilité particulière envers leurs enfants et qu'elles sont plus sujettes à la violence, aussi bien dans leur enfance que dans leur vie adulte;
- on doit élargir et décentraliser les programmes d'échange de seringues<sup>51</sup>.

L'étude de Regina présentait également des recommandations visant à orienter les efforts communautaires plutôt « en amont », de façon à prévenir l'usage de drogues. Cette dernière conclusion était bien étayée par l'étude de Prince Albert, laquelle a révélé que 12 % des UDI avaient commencé à s'injecter des drogues entre 10 et 14 ans, et 41 %, entre 15 et 19 ans<sup>52</sup>.

## Renforcement des efforts

Les informateurs clés et d'autres sources ont proposé les mesures suivantes en vue de renforcer les mesures que la province a prises pour combattre le VIH/sida :

- adopter une « approche intersectorielle aux multiples facettes [...] afin de renforcer les capacités et de favoriser la collaboration entre les communautés et les gouvernements [...] Pour prévenir de façon durable les maladies associées aux pathogènes à diffusion hématogène, tous les intervenants doivent tenir compte des déterminants de la santé liés à l'usage de drogues par injection »<sup>53</sup>;
- faire en sorte que de plus en plus d'organismes Autochtones s'efforcent de mieux lutter contre le VIH/sida;
- affecter « les nouveaux fonds en santé à la prévention plutôt qu'aux soins aigus, ainsi qu'aux activités visant à trouver la cause d'une maladie plutôt qu'à accroître la technologie, à fournir des salaires et à dresser des listes d'attente »;
- sensibiliser de nouveau le public et faciliter l'engagement politique, maintenant que le VIH n'est « ni nouveau ni d'actualité »;
- tenir compte du VIH dans le cadre d'activités relatives aux pathogènes à diffusion hématogène afin d'en accroître le profil et parce que « ce n'est plus le temps d'envisager la question à part ».

<sup>51</sup> Saskatchewan Health, 2000, p. 5-6.

<sup>52</sup> Saskatchewan Health, 1998, p. 3.

<sup>53</sup> Saskatchewan, 2002, p. 3.



## 3.5 Manitoba

### Points saillants des activités de surveillance

- Contrairement aux tendances nationales, le nombre de cas d'infection à VIH nouvellement déclarés a augmenté sensiblement avec le temps : on comptait 51 cas en 1995, 70 en 2002 et 111 en 2003.
- En 2003, 81 des 111 (73 %) cas de séropositivité au VIH+ nouvellement déclarés touchaient Winnipeg. De même, six des douze nouveaux cas de sida déclarés au Manitoba étaient survenus à Winnipeg; or, on ne connaît pas l'emplacement géographique des six autres.
- En 2003, les femmes représentaient 36 % des cas nouvellement déclarés. Les Autochtones comptaient pour 27 % des cas où l'origine ethnique avait été recensée, alors que les Africains comptaient pour 23 %, et les Blancs, pour 19 %.
- La catégorie des HRSH représentait seulement 11 % des cas de séropositivité au VIH+ nouvellement déclarés dans lesquels on connaissait la catégorie d'exposition en 2003. Celle des UDI représentait 17 %, celle des personnes ayant des rapports hétérosexuels, 28 %, et celle des personnes vivant dans les pays où le sida est endémique, 20 %.
- L'incidence chez la catégorie des UDI à Winnipeg a augmenté sensiblement : elle est passée de 9 % des infections pour la période de 1986 à 1990 à 31 % pour 1998 et 2002.
- Winnipeg compte autant de femmes que d'hommes chez les utilisateurs de drogues injectables, et les Autochtones sont en nombre disproportionné<sup>54</sup>.

<sup>54</sup> Elliott, 1999, p. iii.

## Manitoba<sup>55</sup>

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Cas de sida</b>					
Nombre de cas de sida déclarés par année	12	13	9	7	16
Nombre cumulatif de cas de sida déclarés	224	212	199	190	141
Cas de sida nouvellement déclarés, selon le sexe					
Hommes	7	11	7	7	15
Femmes	5	2	2	0	1
Cas de sida nouvellement déclarés, selon la catégorie d'exposition					
HRSH	0	3	0	3	12
UDI	6	5	2	1	1
HRSH/UDI	0	1	0	0	0
Contact hétérosexuel	3	4	5	3	1
Produits sanguins	1	0	0	0	1
Endémiques	1	0	2	0	1
ARS	1	0	0	0	0
Cas de sida nouvellement déclarés, selon l'âge					
0 à 19 ans	0	0	0	0	0
20 à 39 ans	8	8	4	2	14
40 à 49 ans	3	4	3	3	0
50 ans et plus	1	1	2	2	2
Décès reliés au sida	3	5	6	7	13

<sup>55</sup> La source principale est Santé Manitoba, 2003. Les renseignements sont tirés des bases de données de Santé Manitoba sur les cas de sida et de VIH. Elles en ont été extraites le 9 juillet 2004. Les cas de sida sont déclarés par date de diagnostic.

## Manitoba (suite)

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Infection à VIH</b>					
Nombre total de cas de séropositivité au VIH déclarés	111	70	65	57	51
Cas de séropositivité au VIH déclarés, selon la catégorie d'exposition					
HRSH	12	10	10	13	15
HRSH/UDI	4	0	1	1	4
UDI	19	22	23	16	14
Contact hétérosexuel	31	21	19	21	13
VIH/sida – pays endémiques	22	11	5	4	4
ARS	22	4	5	2	1
Receveurs de sang/produits sanguins	1	2	2	0	0
Cas de séropositivité au VIH déclarés, selon le sexe					
Hommes	71	41	39	38	42
Femmes	40	29	26	19	9
Cas de séropositivité au VIH déclarés, selon l'origine ethnique					
Autochtone	31	27	27	23	N/A
Asiatique	4	5	1	2	N/A
Africain	25	10	8	4	N/A
Caucasien	21	19	18	21	N/A
Autre	3	1	0	1	N/A
Origine inconnue/non fournie	27	8	11	6	N/A
Cas de séropositivité au VIH déclarés, selon l'âge					
Moins de 15 ans	4	1	0	0	0
15 à 19 ans	0	3	0	2	1
20 à 29 ans	27	14	13	19	21
30 à 39 ans	48	30	30	20	21
40 à 49 ans	25	12	9	10	6
50 ans et plus	7	10	13	6	2

## Organisation

En 1996, le gouvernement du Manitoba a adopté une Stratégie provinciale sur le sida qui intègre une philosophie axée sur la santé de la population et s'est engagé à « offrir des services auxquels on peut plus facilement accéder parce qu'ils sont plus près de chez soi »<sup>56</sup>. Les communautés devaient évaluer leurs besoins et déterminer qui offriraient les services requis. Le gouvernement provincial devait intégrer les services, établir des normes, formuler des politiques et surveiller les résultats. Cette stratégie avait pour buts :

- de réduire la propagation de l'infection à VIH;
- de fournir une série de programmes humanitaires de prévention, de soins, de traitement et d'appui aux personnes à risque d'infection au VIH/sida et à toutes celles qui sont touchées;
- faciliter la planification, l'exécution et l'évaluation de programmes, et s'assurer qu'ils sont fondés sur une philosophie axée sur la santé de la population<sup>57</sup>.

La Stratégie comporte également un énoncé de principes qui porte essentiellement sur les points suivants : des efforts visés; l'accessibilité raisonnable; une gamme de services; la coordination et l'intégration; le service à la clientèle et la confidentialité; les droits de la personne; le développement communautaire et la promotion de la santé; et l'uniformité avec la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Fait important, la stratégie reconnaît aussi les besoins spéciaux des Autochtones, et on a rédigé en 2001 un document de discussion sur la réduction des méfaits, dans le but de favoriser le dialogue relatif à l'épidémie.

Le Manitoba déploie également une stratégie de contrôle des maladies transmises sexuellement qui pourrait avoir « des répercussions importantes dans le domaine de la prévention du VIH<sup>58</sup> », notamment parce que la province affiche des taux particulièrement élevés pour certaines infections transmises sexuellement. Le taux de chlamydia, par exemple, est de 275 (pour 100 000), par rapport à une moyenne nationale de 130; ce taux est établi à 54,2 pour la gonorrhée, par rapport à une moyenne nationale de 16,7. Le Manitoba prévoit intégrer ses efforts dans le domaine du VIH/sida avec ceux dans le domaine de l'hépatite C et d'autres infections transmises sexuellement. Quelques uns estiment que cette approche pourrait aider à mieux sensibiliser le public à cette épidémie.

On a avancé que la stratégie sur le sida a eu un impact restreint parce qu'elle n'a pas reçu de fonds spécifiques. Santé Manitoba finance les onze autorités régionales de santé pour qu'elles offrent des services intégrés aux populations qu'elles desservent. L'accessibilité des services dans le domaine du VIH/sida varie grandement selon la région dans la province; en fait, la plupart des services sont fournis seulement à Winnipeg. Santé Manitoba dispose d'un budget limité pour des projets spéciaux relatifs au VIH/sida, aux ITS et à l'hépatite C.

Les autorités régionales de santé sont principalement responsables de la planification et de la prestation des services. L'autorité régionale de santé de Winnipeg a été particulièrement active, sans doute parce que 80 % des personnes qui vivent avec le VIH/sida habitent dans cette région. On a également affirmé que la sensibilisation, l'intérêt et l'engagement du public – notamment à l'extérieur de Winnipeg – a diminué au fil des années en raison du nombre relativement faible de cas de séropositivité au VIH et d'autres priorités.

<sup>56</sup> Manitoba Health, 1995, p. 8.

<sup>57</sup> Manitoba Health, 1995, p. 13.

<sup>58</sup> Manitoba Health, 2001(a), p. 3.

## Coordination et collaboration

En 2002, le gouvernement du Manitoba a reconnu qu'il doit, pour se montrer efficace, faire en sorte que ses efforts et mesures fassent « partie intégrante non seulement des programmes de santé, mais aussi des programmes et politiques en matière de justice, d'éducation et d'organismes de services sociaux dans toute la province<sup>59</sup>. En novembre 2003, le ministère de la Santé du Manitoba a assumé la co-présidence du Manitoba Harm Reduction Network (MHRN), qui bénéficie de sources de financement fédérales et provinciales.

Le MHRN est un réseau diversifié de gens qui veulent réduire l'incidence des infections transmises sexuellement et des pathogènes à diffusion hémotogène. Le réseau a pour objectif d'améliorer l'accès aux services pour les personnes et les communautés à risque élevé d'infection. Ce réseau a créé des groupes de travail sur les politiques, le soutien et les besoins essentiels, l'éducation ainsi que la sensibilisation. Il doit se réunir tous les ans afin d'établir ses priorités et d'évaluer ses initiatives passées.

Santé Manitoba travaille en étroite collaboration avec les bureaux nationaux et régionaux de l'ASPC et de Santé Canada. Par exemple, l'ASPC finance un agent de surveillance sur le terrain, qui collabore avec le personnel provincial en vue de compléter, de recueillir et d'analyser les données de surveillance et d'épidémiologie. Parmi les autres initiatives de coopération, mentionnons les suivantes :

- l'étude des connaissances, des attitudes et du comportement menée par les Services correctionnels du Manitoba, qui est actuellement au stade d'élaboration;

- un partenariat établi entre Santé Manitoba et les Services correctionnels du Manitoba dans le but de déployer un projet pilote des infirmières spécialisées en santé publique dans cinq des établissements correctionnels de la province.

À l'échelle communautaire, la Manitoba AIDS Cooperative regroupe 15 organismes de services liés au sida, qui favorisent le financement et l'uniformité dans les régions de santé.

## Dépistage, prévention, soins et traitement

De 1996 à 2002, on a effectué près de 170 000 tests du VIH dans la province, soit 17 300 en 1996 et 29 000 en 2002. La plupart des femmes et des hommes testés étaient âgés de 20 à 39 ans. Le Manitoba offre un dépistage prénatal selon un modèle de renoncement volontaire. Un groupe de travail s'efforce actuellement à élargir les options de test afin d'y ajouter le test nominatif et le test anonyme du VIH.

Les autorités régionales de santé et les organismes communautaires ont déployé diverses initiatives de prévention et de réduction des méfaits. Toutefois, une étude a révélé que 30 % des répondants qui sont de la catégorie des UDI éprouvent parfois des difficultés à obtenir des seringues en raison de leur coût, ou encore du fait que certains pharmaciens refusent de leur en vendre, ou qu'ils ne peuvent accéder aux programmes d'échange de seringues<sup>60</sup>.

<sup>59</sup> Manitoba Health, 2002, p. 2.

<sup>60</sup> Elliott, 1999, p. iv.

On offre également une vaste gamme de services aux personnes atteintes du VIH/sida, notamment à Winnipeg. Parmi ces services, mentionnons un complexe domiciliaire de 12 unités, une série d'ateliers éducatifs à l'intention des services sociaux et du personnel s'occupant des logements, des soins palliatifs fondés sur la foi qui sont offerts aux utilisateurs de drogues injectables, diverses mesures de soutien à l'intention des personnes de la rue et un bon réseau de services destinés aux jeunes de la rue. Par exemple, Nine Circles Community Health Centre est peut-être le seul au Canada à offrir une gamme aussi complète de services cliniques, de représentation et de soutien, de transport et de garde des enfants, entre autres, aux personnes atteintes du VIH/sida. D'autres groupes offrent diverses mesures de soutien comme des soins non médicaux à domicile, un programme destiné aux femmes, un « club de jeunes » et diverses activités à l'intention des jeunes, par exemple, les suivants : Kali Shiva AIDS Services; Ma Mawi Wi Chi Itata Centre; Manitoba AIDS Hospice; Northern AIDS Initiative; Rainbow Resource Centre<sup>61</sup>.

Beaucoup de médicaments prescrits aux personnes atteintes du VIH/sida sont couverts par le régime d'assurance-médicaments de la province, quoique la franchise puisse poser des problèmes pour les travailleurs à faible revenu. En outre, certains répondants ont indiqué que le processus du formulaire de déclaration de médicaments est très lent.

### **Connaissances**

On a précisé que les recherches académiques et les données épidémiologiques qui font actuellement l'objet d'analyses au Manitoba sont utiles sur le plan communautaire, même si très souvent elles « ne vont pas au fond des choses » et ne sont pas publiées assez rapidement. Les organismes communautaires constatent souvent des tendances un an ou deux

avant que les données et les recherches en fassent état. Les informateurs clés estiment qu'on doit mener des études de cohorte et d'autres études du genre afin d'explorer les comportements et que les groupes communautaires devraient participer plus activement au processus de recherche.

### **Renforcement des efforts**

Divers informateurs clés ont proposé que la province renforce ses efforts en vue d'enrayer l'épidémie grâce aux mesures supplémentaires :

- adopter une philosophie axée sur la réduction des méfaits de façon à répondre aux besoins de ceux qui ne peuvent cesser leur usage de drogues par injection, et accroître l'accessibilité au matériel d'injection;
- accroître l'accessibilité aux services de traitement et de soutien supplémentaires;
- offrir d'autres fonds et ressources visant à respecter les politiques formulées dans la Stratégie provinciale inclure des outils qui favorisent la collaboration, ainsi qu'un système de reddition de comptes qui n'est pas trop lourd;
- mettre davantage l'accent sur la prévention primaire (p. ex., mieux intégrer la santé avec l'éducation), de même que sur les populations marginalisées un peu partout dans la province, y compris à Winnipeg;
- élaborer de meilleurs mécanismes de reddition de comptes, afin de s'assurer que les fonds disponibles sont utilisés le plus judicieusement possible;
- renforcer les activités de sensibilisation du public et favoriser l'engagement politique.

<sup>61</sup> Voir le site de la Manitoba AIDS Cooperative, à l'adresse suivante : [http://www.mts.net/~aidscoop/MAC\\_members.html](http://www.mts.net/~aidscoop/MAC_members.html).

## 3.6 Ontario

### Points saillants des activités de surveillance

- Plus de 22 000 personnes étaient atteintes du VIH/sida en Ontario en 2003. La prévalence du VIH a augmenté de 6 % par année depuis les cinq dernières années.
- Le nombre de cas séropositifs au VIH nouvellement diagnostiqués a augmenté en 2002 et en 2003 : il est passé d'une moyenne de 1 000 nouveaux diagnostics par année (de 1997 à 2001) à 1 233 (en 2002) et à 1 217 (en 2003).
- Au total, 29 % des nouveaux diagnostics de VIH établis en 2003 touchaient les femmes, ce qui représente une importante augmentation par rapport au taux de 2 % observé après qu'on a commencé à effectuer des tests du VIH en 1985 et à celui de 20 % enregistré à la fin des années 90. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes affichent toutefois encore la plus importante proportion de nouveaux diagnostics pour lesquels on a signalé la catégorie d'exposition, soit 51 %.
- Depuis 1997, le taux de prévalence du VIH a augmenté de 68 % chez les personnes infectées par contact hétérosexuel et de 90 % chez les personnes de pays où le VIH est endémique.
- On estime que seulement 64 % des 22 100 personnes séropositives au VIH en Ontario ont été diagnostiquées, de sorte qu'environ 7 950 personnes ne sauraient pas qu'elles sont infectées<sup>62</sup>.
- On a constaté que certains décès reliés au VIH/sida sont attribués à d'autres causes et qu'on n'en tient donc pas compte dans les données épidémiologiques, lorsqu'on élabore des programmes et des services.

<sup>62</sup> Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida, 2002, p. 6.

## Ontario<sup>63</sup>

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Estimation de la prévalence<sup>64</sup></b>	> 22 100	22 100	21 700	20 600	15 800
<b>Cas de sida</b>					
Nombre de cas de sida déclarés par année	119	123	157	132	608
Nombre cumulatif de cas de sida déclarés	7 514	7 395	7 272	7 115	5 930
Cas de sida nouvellement déclarés, selon le sexe					
Hommes	91	98	129	115	562
Femmes	28	25	28	17	46
Cas de sida nouvellement déclarés, selon la catégorie d'exposition					
HRSH	44	45	66	60	406
HRSH/UDI	0	3	4	4	31
UDI	10	13	12	16	32
Contact hétérosexuel	26	29	23	22	65
Endémique – VIH	31	31	30	18	27
Facteurs de coagulation/ Transfusion	1	0	3	3	20
ARS/Professionnelle	6	8	12	5	20
Périnatale	1	3	1	3	7
Nombre total de cas de sida, selon l'âge					
	<b>1981-2003</b>	<b>2002</b>			
Moins de 15 ans	77	2			
15 à 24 ans	257	2			
25 à 44 ans	5 467	76			
45 à 59 ans	1 457	26			
60 et plus	254	3			
Inconnu	2	0			
Décès reliés au sida		21	46	50	

<sup>63</sup> Les principales sources de données sont les suivantes : Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit; Remis et coll., Report on HIV/AIDS in Ontario, 2002, 2003.

<sup>64</sup> Estimations tirées de Remis, 1998-2003.



## Ontario (suite)

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Infection à VIH</b>					
Nombre de cas de séropositivité au VIH nouvellement déclarés	1 217	1 233	1 017	938	1 360
Cas de séropositivité au VIH déclarés, selon la catégorie d'exposition					
HRSH	266	316	222	251	359
HRSH/UDI	5	4	8	13	19
UDI	36	39	36	42	75
Receveurs de sang	3	3	4	9	10
Receveurs de facteurs de coagulation	2	0	2	2	10
Risque élevé/Risque faible – Hétérosexuel	131	135	121	95	108
VIH/sida – Pays endémiques	46	47	36	30	19
ARS/Autre	700	655	558	466	736
Périnatale	28	34	30	30	25
Cas de séropositivité au VIH déclarés, selon le sexe					
Hommes	852	878	733	686	1 080
Femmes	346	325	253	203	221
Inconnu	19	30	31	49	59
Cas de séropositivité au VIH déclarés, selon l'âge					
	<b>1985-2003</b>				
Moins d'un an	544	79	52		
1 à 14 ans	191	9	7		
15 à 24 ans	2 090	113	84		
25 à 39 ans	13 357	625	517		
40 à 59 ans	5 767	352	275		
60 et plus	462	29	37		
Inconnu	2 323	31	41		

## Organisation

C'est en 1994-1995 qu'a été élaborée la première stratégie sur le VIH/sida de l'Ontario qui devait être déployée jusqu'en 2001. Elle s'est révélée utile pour la prise de décisions au gouvernement et a fourni une orientation aux organismes communautaires.

En juin 2002, le Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida a proposé une nouvelle stratégie pour la province jusqu'en 2008. Cette stratégie vise à renforcer « notre capacité de traiter le VIH, de modifier le cours de la maladie, de réagir face à l'attention que le public et les médias portent au VIH, et de réduire la propagation du virus »<sup>65</sup>. La stratégie propose deux objectifs – soit prévenir la propagation du VIH et améliorer la santé et le bien-être des personnes atteintes du VIH et de leurs collectivités – ainsi que quatre orientations stratégiques :

- adopter une approche fondée sur les déterminants de la santé et régler les enjeux en matière de justice sociale;
- réagir de façon durable, intégrée, viable et ciblée;
- amener la province à réagir de manière souple au VIH, tout en tenant compte des besoins locaux et de ceux de la population;
- renforcer la capacité de l'Ontario de réagir efficacement grâce à un meilleur mécanisme de surveillance et de reddition de comptes<sup>66</sup>.

La stratégie proposée incorpore également cinq éléments. Le premier porte sur l'amélioration des connaissances; le deuxième, sur l'importance du leadership, qui doit permettre d'établir une approche intégrée de prévention, de soutien,

de soins et de traitement du VIH fondée sur les déterminants de la santé. Le troisième élément de la stratégie a trait aux mesures prises en vue de garantir l'accès aux services de prévention, de soutien, de soins et de traitement. Les autres éléments mettent l'accent sur le fait que les ressources et les mécanismes de reddition de comptes doivent être adéquats.

En 2001-2002, le gouvernement de l'Ontario a dépensé environ 50 millions de dollars pour le soutien des services liés au VIH, à l'exception des honoraires des médecins, des programmes d'assurance-médicaments, ainsi que des services d'hospitalisation, de soins à domicile et de soins palliatifs. Bon nombre d'organismes communautaires de lutte contre le sida reçoivent une aide financière non seulement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, mais aussi des municipalités, du gouvernement fédéral et de sources privées<sup>67</sup>.

Le Bureau de lutte contre le sida de la province est chargé de coordonner les mesures que prend le ministère provincial pour combattre le VIH. À différents égards, il représente un point de liaison avec le Ministère et coordonne le tout de façon centrale en s'efforçant de travailler bilatéralement avec les directions générales responsables des laboratoires, de la santé publique, des toxicomanies et de la santé Autochtone. Il assume aussi le rôle de Secrétaire du Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida qui offre un financement aux groupes communautaires et aux chercheurs dans certains domaines, surveille l'application des tests du VIH et participe à la formulation des politiques. On n'a pas mis sur pied de comité interministériel sur le VIH/sida, mais on établit, au besoin, des groupes spéciaux chargés de régler certaines questions touchant différents organismes.

<sup>65</sup> Ontario Advisory Committee on HIV/AIDS, 2002, Avant-propos.

<sup>66</sup> Ontario Advisory Committee on HIV/AIDS, 2002, p. 9-10.

<sup>67</sup> Ontario Advisory Committee on HIV/AIDS, 2002, p. 61.

Outre le Bureau de lutte contre le sida, la Direction de la santé publique au ministère de l'Ontario, la Direction des laboratoires, le Régime d'assurance-santé de l'Ontario, les Régimes d'assurance-médicaments et d'autres doivent financer des services liés au VIH/sida. Le Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida estime que cette approche favorise peut-être l'intégration et l'uniformisation des services liés au VIH/sida, mais cela signifie aussi que :

- les décisions relatives au financement et à la gestion de certains programmes liés au VIH sont prises par des personnes pour qui le VIH ne représente pas nécessairement une priorité<sup>68</sup>;

Le rapport du Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida offre une évaluation utile des efforts que l'Ontario déploie jusqu'à ce jour. Cette évaluation est présentée au **tableau 3**.

<sup>68</sup> Ontario Advisory Committee on HIV/AIDS, 2002, p. 61

**Tableau 3, Sommaire des points forts et des points faibles de la province, d'après le Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida**

<b>Genre de service</b>	<b>Points forts</b>	<b>Points faibles</b>
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• diversité, variété et exhaustivité des programmes de prévention</li> <li>• disponibilité des tests anonymes</li> <li>• expertise communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fragmentation des services et manque de coordination entre les programmes liés au VIH/sida et d'autres services</li> <li>• manque de campagnes d'information soutenues et spécialisées, manque d'activités sur les déterminants de la santé, manque de services dans les régions rurales, et manque d'éducation des jeunes</li> </ul>
Soins et traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• soins complets offerts par les cliniques pour le VIH; collaboration efficace entre les cliniques</li> <li>• Le Programme de médicaments Trillium et le Programme des médicaments de l'Ontario sont disposés à couvrir les nouveaux médicaments</li> <li>• Infrastructures de soins cliniques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• manque de services dans les régions rurales et pour les populations marginalisées</li> <li>• impact de la restructuration des hôpitaux</li> <li>• restrictions des services offerts par les CASC</li> <li>• manque de services de réadaptation</li> <li>• manque de coordination des services</li> <li>• coordination avec le Programme de médicaments Trillium</li> <li>• manque de services liés à la toxicomanie et d'entretien à la méthadone et de services de santé mentale, ainsi que de services offerts aux détenus</li> </ul>
Soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• accessibilité de programmes complets dans les centres urbains</li> <li>• réseau solide de services sociaux</li> <li>• soutien offert par le Bureau de lutte contre le sida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• manque de services dans les régions rurales, manque de logements abordables et manque d'importance accordée aux déterminants sociaux</li> <li>• manque de services de sensibilisation, de soutien en milieu de travail, de services de santé mentale et d'autres services sociaux</li> </ul>
Recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• infrastructure de recherche solide</li> <li>• recherche et équipes de haut calibre</li> <li>• système de laboratoire de santé publique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• manque de collaboration entre les chercheurs</li> <li>• manque de recherches dans les domaines clés</li> <li>• manque de stratégie de recherche globale</li> </ul>

Aux travaux du Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida s'ajoute une Stratégie ontarienne Autochtone sur le VIH/sida pour la période de 2001 à 2006.

En Ontario, les services de santé sont offerts par 37 unités de santé publique locales qui sont supervisées de façon centrale. La surveillance permet de garantir un certain degré d'uniformité des services offerts tout en assurant la souplesse requise pour répondre aux besoins de santé locaux.

### **Coordination et coopération**

L'Ontario travaille en étroite collaboration avec l'ASPC et Santé Canada dans le domaine du VIH/sida à l'échelle régionale et nationale. Les liens sont particulièrement étroits et efficaces à l'échelle régionale, où la culture intergouvernementale mise sur le partenariat et l'effort commun. Par exemple, les deux gouvernements visitent ensemble les organismes financés, échangent les renseignements de manière officielle et officieuse et financent souvent conjointement des projets. Ils s'efforcent actuellement d'élaborer un mécanisme de rapports conjoints, qui vise à réduire le fardeau administratif des organismes communautaires tout en maintenant des exigences de reddition de comptes.

Le système scolaire public a établi un programme d'éducation en matière de santé sexuelle, dont le ministère de l'Éducation et les conseils scolaires locaux sont principalement responsables, de sorte que le ministère de la Santé et le Bureau de lutte contre le sida n'ont pas beaucoup participé à son élaboration et à son exécution.

Même si les liens intragouvernementaux avec le secteur de la santé publique et les différentes unités de santé publique dans la province ne sont pas solides, celles-ci jouent un rôle important dans l'éducation du public et la recherche de contacts. Leurs obligations à cet égard sont précisées dans les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires, dans lesquelles on

dresse une liste d'objectifs et de normes. On relie également les ITS au VIH/sida<sup>69</sup>. La mesure dans laquelle les organismes communautaires et les autorités locales de santé collaborent peut varier sensiblement d'une région à une autre.

### **Dépistage, prévention, soins et traitement**

Le test du VIH en phase prénatale, au moyen du modèle d'adhésion volontaire, fait partie intégrante des efforts provinciaux, et l'expérience de l'Ontario dans ce domaine souligne l'importance et l'impact d'un bon suivi de la part des médecins. L'Ontario a commencé à effectuer ce test en janvier 1999; dans les six premiers mois, le taux de participation est passé de 41 % à 48 %. Ce taux a continué d'augmenter graduellement au cours des deux années suivantes, pour atteindre 60 % pendant le deuxième trimestre de 2001. En septembre de la même année, le Laboratoire de dépistage du VIH a entrepris d'envoyer une note de service avec chaque résultat de test prénatal qui ne comportait pas de test du VIH, afin de rappeler aux médecins que ce test est recommandé. Cela semble avoir donné de très bons résultats, puisque le taux de participation au test du VIH a atteint 89 % à la fin de 2003. Parmi les autres initiatives du genre déployées par l'Ontario, mentionnons la surveillance en temps réel de la participation des femmes enceintes au test, ce qui a permis de tenir à jour les médecins-hygiénistes à cet égard et de lancer des campagnes de communication à l'intention des médecins et des femmes. Grâce à ce test prénatal, l'Ontario a pu déceler 186 cas de femmes enceintes séropositives au VIH, dont 139 cas qui n'avaient pas été diagnostiqués jusque-là<sup>70</sup>.

En général, on offre des services de santé publique et des services communautaires liés au VIH/sida dans la plupart des régions de la province. Toutefois, on ne fournit pas assez de services cliniques aux personnes atteintes du VIH/sida dans les régions du Nord-Ouest, de Gueph/Kitchener/Waterloo et de Peel. En outre, la province connaît une forte

<sup>69</sup> Voir Ontario, 1997.

<sup>70</sup> Correspondance avec le bureau du médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario.

pénurie de médecins et l'on est grandement préoccupé par les retraites prévues dans les cinq prochaines années, qui risquent d'entraîner une situation où les personnes atteintes du VIH/sida auraient beaucoup de difficulté à se faire soigner.

Au cours des sept dernières années, on a tout de même élaboré un certain nombre de services importants, dont les suivants :

- le Programme de médicaments Trillium, programme fondé sur le revenu, qui offre une assurance-médicaments aux personnes aux prises avec des coûts particulièrement élevés en matière de médicaments;
- 25 à 30 programmes d'échange de seringues, qui comptent parfois des équipes ambulantes;
- 33 endroits de test anonymes, des services de test du VIH en phase prénatale et un programme de lait maternisé;
- des agences sur et à l'extérieur des réserves reçoivent des fonds pour faire face aux problèmes liés au VIH/sida dans la communauté Autochtone;
- des logements avec services de soutien et la McEwan House<sup>71</sup>.

L'Ontario a obtenu de bons résultats en élaborant des stratégies qui s'adressent à chacun de ses groupes à risque élevé. Voici en quoi elles consistent.

### 1. Conseil africain et caribéen sur le VIH/sida en Ontario

Le Conseil africain et caribéen sur le VIH/sida en Ontario (CACVO) est dans les dernières étapes de la préparation de sa *Stratégie pour résoudre les problèmes liés au VIH auxquels sont confrontées les personnes en Ontario originaires de pays où le VIH est endémique*, qui sera lancée en décembre 2004. La stratégie du CACVO constitue un cadre visant à coordonner et à orienter les efforts pour régler les problèmes liés au VIH qu'éprouvent les personnes

en Ontario originaires de pays où le VIH est endémique. Elle permettra la collaboration des organismes, des institutions et des décideurs qui travaillent auprès de ces groupes ainsi que la mise sur pied d'initiatives de développement communautaire pour renforcer la capacité de ces communautés dans leur lutte contre le VIH/sida. Elle permettra aussi la détermination des priorités et des possibilités de recherche.

### 2. Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones

La Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones (SOLVSA) a été élaborée en 1995 afin d'orienter les efforts de prévention, les soins, les traitements et le soutien consacrés aux Autochtones hors réserve en Ontario. Mise à jour en 2000, la Stratégie a pris la forme d'un plan stratégique pour la période 2001-2006. La SOLVSA assure le financement d'un poste de coordonnateur provincial et de 7,5 postes de travailleurs du domaine du VIH/sida répartis de façon stratégique sur le territoire ontarien. Un groupe de référence, composé de représentants ministériels et Autochtones hors réserve, voit à l'application des recommandations formulées dans la SOLVSA. Administrée et mise en œuvre par les Autochtones, cette stratégie a fait ses preuves puisqu'elle a permis de répondre adéquatement à leurs besoins particuliers en tenant compte des différences culturelles. Elle a aussi permis de mieux faire connaître le VIH/sida dans les communautés autochtones.

### 3. Programme d'intervention auprès des utilisateurs de drogues injectables

En 1996-1997, l'Ontario a augmenté ses ressources affectées aux utilisateurs de drogues injectables (UDI) en créant 15 nouveaux postes de travailleurs d'approche pour l'ensemble de la province. Cet investissement a permis de réduire de façon significative les nouveaux cas d'infection à VIH au sein de ce groupe, et ce, sans que les taux n'atteignent à nouveau ceux observés avant la mise

<sup>71</sup> Ontario Advisory Committee on HIV/AIDS, 2002, p. 59.

en œuvre du programme. De façon générale, l'épidémie de VIH chez les UDI en Ontario s'est stabilisée et va en diminuant, tendance qui s'est amorcée après l'augmentation des ressources consacrées à la prévention du VIH chez les UDI.

#### 4. Sommet et groupe de travail sur la prévention du VIH chez les gais

En mars 2003, s'est tenu le Sommet ontarien sur la prévention du VIH chez les gais, qui a réuni plus de 100 intervenants provenant de toutes les régions de la province. Le Sommet a mené à un consensus quant à la nécessité d'une meilleure collaboration pour répondre aux besoins des gais et des bisexuels en matière de prévention du VIH en étendant les mesures à l'échelle de la province et en centralisant leur coordination. Un groupe de travail provincial a été mis sur pied afin d'élaborer une nouvelle stratégie de prévention du VIH s'adressant à ce groupe. Parallèlement, l'Ontario participait à une campagne fédérale visant à réduire la propagation du VIH chez les gais et les bisexuels intitulée « Comment savez-vous ce que vous savez? » (*How do you know what you know?*). Cette campagne était coordonnée par le comité sur le sida de Toronto (*AIDS Committee of Toronto*) et s'est déroulée à l'échelle de la province. Elle a permis de diffuser du matériel et des messages de prévention partout en Ontario et d'établir un précédent en ce qui a trait à l'utilité d'une seule campagne s'adressant aux hommes pour ce territoire d'une grande diversité.

La capacité qu'ont normalement les divers organismes communautaires de répondre aux besoins de la collectivité a été compromise du fait que la province n'a pas suffisamment accru son financement. Les organismes communautaires doivent fonctionner avec le même financement de base qu'ils reçoivent depuis 10 à 12 ans, même si nombre d'entre eux ont vu leur charge de travail doubler au cours des cinq dernières années.

## Connaissance

La province a beaucoup investi dans la recherche sur le VIH par l'entremise de la Base de données observationnelles sur le VIH en Ontario (BDOVO), du comité du programme de lutte contre le sida, du Réseau ontarien de traitement du VIH et du Bureau de lutte contre le sida, qui finance des recherches universitaires. Par exemple, le Réseau ontarien de traitement du VIH est un organisme sans but lucratif financé principalement par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Il a pour mission « d'optimiser la qualité de vie des gens atteints du VIH en Ontario et de promouvoir l'excellence et l'innovation en ce qui a trait au traitement, à la recherche, à l'éducation et à la prévention dans ce domaine par l'entremise d'un réseau d'excellence axé sur la collaboration qui représente les consommateurs, les fournisseurs de services, les chercheurs et d'autres intervenants<sup>72</sup> ». Ce réseau de collaboration réunit des gens atteints du VIH/sida, des fournisseurs de soins de santé, des consommateurs, des chercheurs, des organismes communautaires et des membres du gouvernement.

En plus de conseiller le gouvernement, le Réseau ontarien de traitement du VIH affecte chaque année huit millions de dollars à la recherche et à l'initiative provinciale et le Projet d'infrastructure de l'information sur le VIH (PIIV), dont l'objectif est « d'améliorer les traitements et les soins donnés aux personnes qui vivent avec le VIH en Ontario et de renforcer la sécurité de la gestion des renseignements personnels sur la santé au moyen de technologies de l'information<sup>73</sup> ». Il importe de noter que le PIIV offre également une base de données de recherche utile, qui permet d'améliorer beaucoup les recherches portant sur les soins prodigués aux patients.

<sup>72</sup> Voir <http://www.ohtn.on.ca/>.

<sup>73</sup> Voir [http://www.ohtn.on.ca/index\\_hiip.html](http://www.ohtn.on.ca/index_hiip.html).

Le gouvernement provincial, le Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida et les organismes communautaires sont tous conscients de la relation entre la santé des personnes atteintes du VIH/sida et les déterminants sociaux comme la pauvreté et les logements inadéquats. On estime que les gouvernements ne tiennent pas bien compte de ces déterminants.

### Renforcement des efforts

Les informateurs clés et d'autres sources ont proposé que la province renforce ses efforts visant à combattre le VIH/sida grâce aux mesures suivantes :

- porter davantage son attention et ses efforts vers les groupes particulièrement vulnérables comme les Autochtones et les gens provenant de pays où le VIH est endémique;
- combattre la tendance à minimiser l'importance du VIH/sida et à accroître probablement ainsi son incidence et sensibiliser le public et favoriser l'engagement politique face au VIH/sida, notamment à l'échelle locale, où les efforts visant à enrayer l'épidémie doivent être financés par les fonds de santé locaux;
- mieux intégrer les services liés au VIH/sida et les autres services connexes, tout en accordant une attention particulière aux déterminants sociaux et au fait qu'ils favorisent la vulnérabilité face au VIH;
- s'efforcer avant tout de fournir des fonds supplémentaires qui permettront aux organismes de services liés au sida de faire face aux coûts croissants, de répondre aux besoins de plus en plus importants, de s'assurer que leurs employés demeurent en poste et sont bien rémunérés, ainsi que d'atteindre un certain degré de stabilité organisationnelle.

Fait important, des informateurs clés en Ontario ont laissé entendre que la province devrait renforcer les activités qu'elle réalise déjà.

## 3.7 Québec

### Points saillants des activités de surveillance

- Actuellement, 18 000 personnes vivent avec le VIH/sida au Québec. Cela constitue une augmentation de 10 % par rapport à l'an 2000 et de 33 % par rapport à l'an 1996.
- Le nombre de cas de sida ayant trait à des personnes originaires de pays où le VIH est endémique est surclassé uniquement par la catégorie d'exposition des HRSH. Au 30 juin 2002, près de 700 cas de sida faisaient partie de la catégorie d'exposition du pays endémique<sup>74</sup>. L'estimation du nombre de femmes enceintes d'origine africaine ayant contracté le VIH a augmenté continuellement au fil du temps, passant de cinq en 1997 à 17 en 1999, à 23 en 2000 et à 32 en 2001<sup>75</sup>.
- Récemment, le nombre d'infections au VIH nouvellement déclarées a augmenté considérablement (26 %), passant de 493 en 2000 à 621 en 2003<sup>76</sup>.
- On estime qu'en 2002, 23 % des infections au VIH nouvellement déclarées concernaient des femmes.
- L'île de Montréal demeure la région la plus touchée par le VIH/sida car l'incidence cumulative y est neuf fois plus élevée que dans le reste de la province<sup>77</sup>. On estime qu'il y a plus de 600 nouveaux cas d'infection au VIH chaque année dans la région de Montréal<sup>78</sup>.

<sup>74</sup> Québec, *Portrait*, 2003 : 5.

<sup>75</sup> Avant 2002, on ne déclarait pas les cas de VIH au Québec.

<sup>76</sup> Québec, *Santé et Services sociaux*, 2003 : 17.

<sup>77</sup> Québec, *Portrait*, 2003 : 9.

<sup>78</sup> *HIV/AIDS among Natives, an adapted training*. FNQLHSSC/CSSSPNQL, 2003.



## Québec<sup>79</sup>

Indicateur	Année <sup>80</sup>				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Prévalence</b>	S/O	18 000 <sup>81</sup>		16 300 (1999)	13 500 (1996)
<b>Cas de sida</b>					
Nombre de cas de sida déclarés par année de diagnostic	37	99	91	113	534
Nombre cumulatif de cas de sida déclarés	6 098	6 001	5 936	5 859	4 830
Cas de sida nouvellement déclarés, selon le sexe et l'année de diagnostic					
Homme	26	83	75	98	473
Femme	11	13	16	15	61
Cas de sida nouvellement déclarés, selon l'exposition et l'année de diagnostic					
					<b>Total de cas</b>
HRSH	15	55	44	51	3 754
UDI	9	15	15	27	441
Contact hétérosexuel	5	9	8	10	411
HRSH/UDI	0	2	4	5	282
Pays endémique	6	15	16	13	674
ARS	2	2	3	5	180
Autre	0	1	1	2	261
Cas de sida nouvellement déclarés, selon l'âge et l'année de diagnostic					
					<b>Total de cas</b>
Enfants et jeunes (0 à 15 ans)	0	0	0	0	101
Adultes	36	95	88	111	5 745
Aînés (60 ans et plus)	1	4	3	2	157
Décès reliés au sida déclarés	56 <sup>82</sup>	126	109	124	586

<sup>79</sup> Voir Québec, 2003; Québec, 2002; et Québec, *Portrait*, 2003.

<sup>80</sup> Au 31 décembre 2003. Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida) cas cumulatifs 1979-2003. Mise à jour n° 2003-2 au 31 décembre 2003. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Accessible à l'adresse suivante : [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/mts\\_vih\\_sida.html](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/mts_vih_sida.html).

<sup>81</sup> Estimation de la prévalence estimée (de 14 000 à 22 000) au Québec à la fin de 2002, selon les estimations de la Division de l'épidémiologie du VIH/sida de Santé Canada. Voir également Québec, *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang, de l'hépatite C, de l'infection par le VIH et du sida au Québec – décembre 2003*. Accessible à l'adresse suivante : [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/mts\\_vih\\_sida.html](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/mts_vih_sida.html).

<sup>82</sup> Six premiers mois de 2003, en février 2004. Institut national de la statistique du Québec.

## Québec (suite)

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Infection à VIH</b>					
Nombre minimal de cas d'infection à VIH confirmés par un laboratoire <sup>83</sup>	621	619	526	493	624
	<b>2002</b>	<b>1999</b>			
Estimation de l'incidence du VIH, <sup>84</sup> selon la catégorie d'exposition					
HRSH	250-450	300-500			
HRSH/UDI	50-150	50-150			
UDI	350-650	450-800			
Endémique/Contact hétérosexuel	150-350	150-350			
Sang	<10	<10			
Estimation de l'incidence du VIH, selon le sexe					
Hommes	S/O	S/O			
Femmes	S/O	S/O			
Estimation de l'incidence du VIH, selon l'âge					
0 à 15 ans	S/O	S/O			
15 à 29 ans	S/O	S/O			
30 à 39 ans	S/O	S/O			
40 à 49 ans	S/O	S/O			
50 à 59 ans	S/O	S/O			
60 ans et plus	S/O	S/O			

<sup>83</sup> Nombre minimal fondé sur des résultats confirmés de laboratoire. Le nombre réel de personnes ayant obtenu un résultat positif est plus élevé, mais on ne peut pas éliminer totalement les doublons. Le résultat du laboratoire n'inclut pas d'informations liées au groupe d'âge ou à la catégorie d'exposition au risque.

<sup>84</sup> La collecte d'informations épidémiologiques sur les cas d'infection au VIH confirmés par un laboratoire a commencé en avril 2002. Jusqu'ici, on n'a pas publié officiellement de données sur ce sujet. Les seules données dont on dispose aujourd'hui sur la prévalence et l'incidence du VIH sont fondées sur des estimations produites pour 2002 et 1999 par la Division de l'épidémiologie du VIH/sida de Santé Canada.

## Organisation

La *Loi sur la santé publique* du Québec fournit un contexte pour les programmes et les stratégies de santé publique de la province. Dans son sens le plus large, cette loi vise à protéger la santé de la population et à établir des conditions favorables au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population<sup>85</sup>. Elle a également pour objectif :

- d'établir des mesures pour prévenir la maladie, les traumatismes et les problèmes sociaux qui influent sur la santé de la population;
- d'influencer de façon positive les principaux facteurs qui déterminent la santé, notamment au moyen d'une action concertée faisant appel à divers partenaires (ministères gouvernementaux, services de santé publique, organismes régionaux et locaux, organismes communautaires, etc.)<sup>86</sup>.

L'élaboration d'un programme national de santé publique et de plans d'action régionaux et locaux connexes sur la santé publique constitue un aspect obligatoire de cette loi. Le programme national de santé publique formule toutes les activités de santé publique entreprises à l'échelle provinciale, régionale et locale<sup>87</sup>. Il doit comprendre des orientations, des buts et des priorités en ce qui a trait aux mesures suivantes :

- maintien de la surveillance de la santé de la population et de ses facteurs déterminants;
- prévention de la maladie, des traumatismes et des problèmes sociaux qui peuvent influencer sur la santé de la population;
- promotion de mesures visant à améliorer la santé et le bien-être de la population;

- protection et contrôle de la santé de la population<sup>88</sup>.

La *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement – Orientations 2003-2009* complète le Programme national de santé publique (2003-2012). La *Stratégie québécoise* englobe le VIH/sida, l'hépatite C et d'autres ITS étant donné qu'elles touchent des groupes démographiques semblables. En plus de viser des groupes vulnérables, la *Stratégie québécoise* concerne également le grand public et les personnes vivant avec le VIH/sida.

La *Stratégie québécoise* tient compte des nouvelles réalités du VIH/sida et de l'illusion que l'épidémie a été enrayerée. De plus, le profil et la réalité des personnes vivant avec le VIH/sida ont également changé considérablement avec la venue de médicaments contre le VIH et l'augmentation du nombre d'UDI, de jeunes, de femmes et de membres de communautés ethnoculturelles qui y sont infectés. La *Stratégie québécoise* propose diverses stratégies visant à joindre des groupes vulnérables : en renouvelant les messages de prévention, en adaptant des soins et des services aux personnes vivant avec le VIH/sida et en participant aux partenariats dans le but de promouvoir la santé<sup>89</sup>. Plus précisément, la stratégie a pour objectifs :

- de réduire l'incidence des infections transmissibles sexuellement et par le sang;
- de rendre plus accessibles des soins et des services de qualité;
- de créer un environnement social favorable à la prévention, dans le respect des droits de la personne<sup>90</sup>.

<sup>85</sup> *Loi sur la santé publique*, chap. 1, art. 1.

<sup>86</sup> *Loi sur la santé publique*, chap. 1, art. 3.

<sup>87</sup> *Loi sur la santé publique*, chap. 2, art. 7.

<sup>88</sup> *Loi sur la santé publique*, chap. 2, art. 8.

<sup>89</sup> Québec, 2004 : 27.

<sup>90</sup> Québec, 2004 : 11.

Pour réaliser ces objectifs, la *Stratégie québécoise* propose huit orientations stratégiques :

1. Renforcer le potentiel des personnes pour qu'elles changent leurs comportements.
2. Soutenir les groupes les plus vulnérables, en facilitant par exemple l'accès au dépistage.
3. Encourager le recours à des pratiques cliniques et à des mesures préventives.
4. Mettre sur pied des mesures particulières de prévention, par exemple la récupération des seringues usagées et l'accessibilité à des préservatifs.
5. Soutenir le développement des communautés vulnérables et favoriser leur habilitation.
6. Garantir une prise en charge adéquate des personnes infectées par le VIH/sida.
7. Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être.
8. Consolider la surveillance et le contrôle ainsi que les fonctions de soutien<sup>91</sup>.

Même si ces orientations ont une portée provinciale, on doit les appliquer aux réalités régionales et locales. Par exemple, le VIH/sida et l'hépatite C se concentrent surtout dans les régions urbaines et semi-urbaines et au sein de groupes particuliers de la population, où les ITS sont plus largement répandues dans le grand public. Par conséquent, les bureaux régionaux et locaux de la santé publique et leurs partenaires communautaires doivent adapter les orientations aux besoins des populations qu'ils servent. Les plans d'action régionaux et locaux de santé publique doivent refléter la situation et les réalités des régions et des localités<sup>92</sup>.

Le budget de la Stratégie s'élève à 21 millions de dollars. La majeure partie de ce montant est répartie entre les bureaux régionaux de santé publique et des

organismes communautaires. Le reste de l'argent est dédié au développement de connaissances et d'expertise, à des campagnes d'information visant le grand public, à la recherche, l'évaluation et la surveillance. Un montant supplémentaire a été ajouté au Programme national de santé publique pour l'année 2004-2005 et sera affecté à des organismes régionaux afin d'améliorer les activités de la Stratégie.

### **Coordination et coopération**

De nombreux intervenants et partenaires s'unissent dans la lutte contre l'infection au VIH. Mentionnons notamment le ministère de la Santé, d'autres ministères, les bureaux régionaux et locaux de santé publique, les professionnels et les administrateurs de soins de santé, les organismes communautaires et les chercheurs. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec* et la *Loi sur la santé publique du Québec* et son Programme national de santé publique précisent les responsabilités de chaque intervenant à cet égard<sup>93</sup>.

Travaillant dans une perspective provinciale, le ministère de la Santé, par exemple, est responsable des tâches suivantes :

- informer les intervenants au sujet du Programme national de santé publique et de la Stratégie;
- mettre en place les conditions nécessaires à la mise en œuvre des orientations décrites dans la Stratégie;
- aider les organismes régionaux à appliquer les orientations, par exemple en élaborant des outils spécifiques;
- s'assurer que les stratégies, les approches et les interventions sont évaluées;
- garantir une responsabilisation financière.

<sup>91</sup> Québec, 2004 : 31-42.

<sup>92</sup> Québec, 2004 : 30.

<sup>93</sup> Québec, 2004 : 46-48.

De son côté, l'Institut national de santé publique du Québec aide le ministère de la Santé et les organismes régionaux à remplir leur mission en santé publique en :

- leur donnant des conseils, de la formation, de l'information, des données de recherche, des évaluations, des services de laboratoire spécialisés et un accès à la coopération internationale;
- les aidant à mettre au point leurs connaissances et leur expertise;
- planifiant et en coordonnant des programmes de formation nationaux;
- supervisant le processus d'évaluation de la Stratégie.

Parmi les autres partenaires qui participent à cet effort, mentionnons les suivants :

- Les services régionaux de santé publique, qui sont responsables d'appliquer la Stratégie dans leur région. Tout en tenant compte des besoins et des réalités de leur population ainsi que des ressources dont ils disposent, ils élaborent des plans d'action régionaux qui traduisent le contenu du Programme national de santé publique et de la Stratégie. En ce qui concerne l'infection au VIH, ils planifient et coordonnent des programmes, fournissent des soins et d'autres services, et entreprennent des activités de promotion, de prévention, de recherche et de contrôle de la santé.
- Les hôpitaux, les cliniques spécialisées privées et les *Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins spécialisés sur le sida* (UHRESS) fournissent des soins et des services par l'entremise d'équipes multidisciplinaires de spécialistes à l'échelle régionale et, à l'échelle suprarégionale, diffusent leur expertise, notamment par

l'intermédiaire du *Programme national de mentorat* destiné aux médecins et aux infirmières (formation continue, jumelage, ateliers, stages).

- À l'échelle locale, des cliniques spécialisées fournissent des soins directs aux personnes vivant avec le VIH/sida. Elles partagent leur expertise en formant des stagiaires et en réalisant diverses activités de recherche.
- À l'échelle locale, les Centres locaux de services communautaires (CLSC) fournissent des soins et des services au public et entreprennent des activités de prévention primaire visant les jeunes et les populations vulnérables. Leurs activités relatives au VIH/sida sont intégrées au plan d'action local de la santé publique et tiennent compte des activités entreprises par des organismes communautaires.
- Les organismes communautaires déterminent eux-mêmes leur mission et leurs activités. Pour ce qui est de l'infection au VIH, ils servent de nombreux groupes vulnérables de la population et offrent un vaste éventail de services de soutien, notamment pour la prévention, les soins et le logement. Ils travaillent en collaboration avec les autorités régionales et locales et participent aux efforts de mise en œuvre des plans d'action régionaux et locaux.
- Les universités et d'autres centres contribuent à la Stratégie par la recherche, le transfert des connaissances, l'évaluation et d'autres activités de renforcement.

D'autres entités participent à la lutte contre le VIH/sida, par exemple Éducation et Sécurité publique, des municipalités, des commissions scolaires, des centres jeunesse, des établissements de détention et des maisons de transition.

## Dépistage, prévention, soins et traitement

La *Stratégie québécoise* encourage la responsabilité individuelle, c'est-à-dire à adopter un comportement sûr ainsi que des attitudes de tolérance, de compassion et de solidarité à l'égard des groupes vulnérables.

Parmi les activités de prévention, il y a :

- Les campagnes continuelles de marketing social et de communication visant à promouvoir l'utilisation du préservatif, etc.;
- L'élaboration d'outils et de documents efficaces et fondés sur des preuves;
- La promotion de programmes d'éducation sexuelle et de prévention de la toxicomanie dans le système éducatif, sur tous les niveaux;
- Les efforts spéciaux de prévention et de réduction des méfaits visant les personnes vivant avec le VIH/sida et les populations vulnérables.

Le nombre de tests de sérologie du VIH effectués au Québec a augmenté de façon stable de 1995 à 2001. Cette situation est illustrée dans la **figure 6**. Au cours des six mois qui se sont écoulés de janvier au 30 juin 2002, lorsque 101 800 tests ont été effectués<sup>94</sup>. Comme ailleurs, le dépistage est volontaire. Les femmes enceintes du Québec sont soumises à un dépistage du VIH au moyen du modèle de renoncement volontaire, dans le cadre d'une panoplie de tests sanguins. En 2002, 58 femmes enceintes au Québec ont reçu un résultat positif au VIH. De ces femmes, 31 % étaient blanches, 43 %, africaines, 19 %, haïtiennes, et 3 %, latino-américaines. Au cours des six premiers mois de 2003, 48 cas ont été déclarés chez des femmes enceintes. Vingt-trois pour cent étaient blanches, 52 %, africaines, et 21 %, haïtiennes. La **figure 7** illustre les catégories d'exposition associées aux femmes enceintes qui ont appris leur séropositivité en 2002<sup>95</sup>.

Figure 6, nombre de tests de sérologie du VIH, Québec, par année

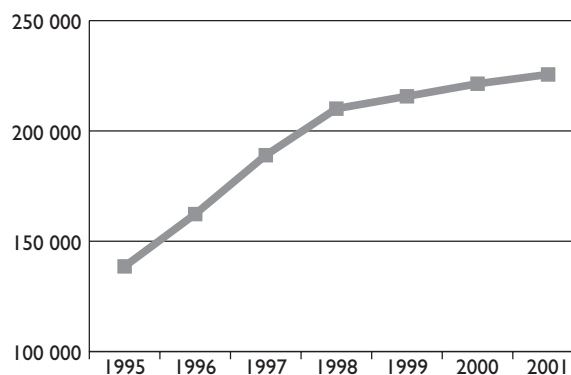
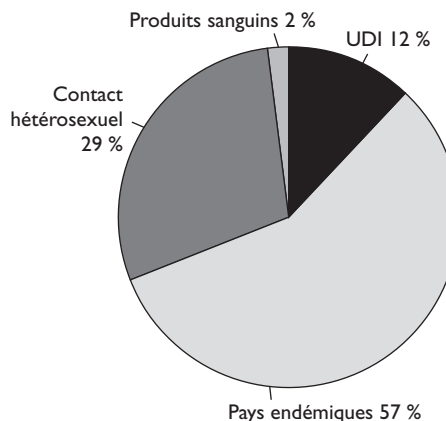


Figure 7, cas de séropositivité de VIH chez les femmes enceintes, par catégorie d'exposition, 2002



Pour accroître l'accès au dépistage et favoriser cette pratique, on a mis sur pied des SIDEP (*Services intégrés de dépistage et de prévention*), surtout dans l'éventail de services des CLSC. Ces services intégrés de dépistage et de prévention offrent du counselling, des tests de dépistage et de l'information au grand public et aux groupes vulnérables. On dénombre actuellement 70 SIDEP dans la province du

<sup>94</sup> Québec, *Portrait*, 2003 : 19.

<sup>95</sup> Québec, 2003 : 19.

Québec, qui sont en train d'étendre leurs services au dépistage des ITS et de l'hépatite et à la vaccination (hépatite A et hépatite B). Ils s'efforcent également d'encourager les partenaires de personnes vivant avec le VIH/sida à se protéger. Fait important, on encourage les SIDEP à offrir leurs services dans des endroits où vivent des clientèles vulnérables, par exemple des centres correctionnels ou des organismes communautaires.

Dans la *Stratégie québécoise*, on insiste sur le fait que toute personne vivant avec le VIH/sida doit avoir accès à des soins et des services de qualité et à un traitement optimal. Un volet de la stratégie met l'accent sur l'amélioration de l'intégration des réseaux des soins et des services, comprenant les UHRESS<sup>96</sup>. On a mis en œuvre diverses façons de soutenir les médecins qui ont des patients séropositifs, le *Programme national de mentorat* en est un exemple. On a également mis sur pied le *Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH*, qui regroupe des experts de différents horizons pour conseiller le Ministère et publier, à l'intention des professionnels de la santé, différents guides relatifs à l'application de nouvelles thérapies de médicaments contre le VIH<sup>97</sup>. Enfin, on a créé un modèle de logements communautaires pour les personnes vivant avec le VIH/sida, modèle considéré comme étant unique au monde.

## Connaissances

La prise de décisions, ainsi que la création, la planification et la mise en œuvre d'activités de la Stratégie, dépendent de la surveillance, du contrôle, de la recherche et de l'évaluation relatives au VIH. De nombreuses organisations participent à la création de connaissances par la recherche. Des chercheurs du *Fonds de recherche en santé du Québec* (FRSQ) effectuent des recherches épidémiologiques, cliniques et de base sur la santé publique. Récemment, le FRSQ a entrepris une étude psychosociale sur le VIH; et son Réseau sida et maladies infectieuses favorise une approche

intégrée en ce qui a trait à la recherche sur le VIH. D'autres études sont menées par des cliniciens, des universités ou des chercheurs en santé publique, l'INSPQ et l'UHRESS.

De plus, un programme de financement mis en œuvre conjointement par le ministère de la Santé et le *Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture* (FQRSC) pour la recherche sur le VIH a permis de mettre en œuvre un certain nombre de projets de recherche sur le VIH.

À l'échelle communautaire, la COCQ-sida effectue des recherches sur les personnes vivant avec le VIH/sida à l'extérieur des centres urbains, sur l'adaptation d'approches aux collectivités culturelles, sur l'évaluation de la qualité de différentes interventions, et sur l'élaboration de programmes de formation à l'intention des pharmaciens et des conseillers. Le CPAVIH travaille avec des sociétés pharmaceutiques pour aider les clients à prendre leurs médicaments et à suivre les régimes qu'on leur impose, et pour combattre les effets secondaires de l'utilisation prolongée de ces médicaments.

En outre, le Québec met beaucoup d'importance sur l'évaluation comme moyen pour améliorer l'efficacité du programme. L'INSPQ évalue actuellement les mesures liées à la prévention, aux soins et aux services, tandis que les responsables du FQRSC évaluent des initiatives de prévention ainsi que l'impact de mesures intersectorielles.

Finalement, la province a encouragé les efforts visant à renforcer les compétences, par exemple :

- Outillons-nous, par la COCQ-sida;
- des séminaires organisés par l'équipe de prévention du VIH et des ITS du FRSQ;
- des séminaires organisés à l'intention des psychologues et des travailleurs sociaux;
- une formation destinée aux pharmaciens sur l'usage de la méthadone.

<sup>96</sup> Québec, 2004 : 39.

<sup>97</sup> Québec, 2004 : 44.

## Renforcement des efforts

La *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement* représente la position du ministère de la Santé sur le renforcement des efforts de lutte contre le VIH/sida au Québec.

Des informateurs clés en dehors du ministère de la Santé ont proposé les mesures suivantes en vue de renforcer la lutte contre le VIH/sida au Québec, par exemple en :

- accélérant le processus d'ajout de nouveaux produits pharmaceutiques au formulaire provincial;
- consacrant plus d'argent à la lutte contre l'épidémie et fournissant un financement opérationnel à des organismes communautaires;
- travaillant avec d'autres administrations, à l'échelle nationale, sur des thèmes communs, et favorisant l'établissement davantage de partenariats;
- communiquant directement et franchement avec le grand public afin de réduire la discrimination et les stigmates associés au VIH/sida;
- investissant plus d'argent dans la recherche visant à améliorer la pratique clinique;
- consacrant plus d'efforts à aider les personnes vivant avec le VIH/sida à regagner le marché du travail;
- renforçant le cadre des droits de la personne de celles qui vivent avec le VIH/sida;

- obtenant du gouvernement fédéral une simplification des exigences du Programme d'action communautaire sur le sida, puisque le programme exige actuellement beaucoup de paperasse et d'efforts de la part des organismes communautaires par rapport un au niveau de financement disponible.

## 3.8 Nouveau-Brunswick

### Points saillants des activités de surveillance

- Le nombre de nouveaux cas du sida a diminué de façon appréciable, passant de 17 en 1995 à 2 en 2002, et à 6 en 2003. Au total, de 1979 au 31 décembre 2003, 160 cas de sida ont été déclarés au Nouveau-Brunswick, dont 90 % concernent des hommes. Cinquante-sept pour cent (57 %) de ces cas ont été attribués à la catégorie d'exposition HRSH, 6 % à la catégorie des UDI, 7 % aux produits sanguins, et 8 % à un contact hétérosexuel avec une personne à risque<sup>98</sup>.
- Le nombre de nouveaux cas déclarés d'infection au VIH a également diminué, mais pas aussi considérablement, passant de 16 en 1995 à 8 en 2002, et à 10 en 2003. Depuis 1985, on a déclaré 313 cas de séropositivité au VIH, dont 87 % concernaient des hommes.
- En 2001, on a déclaré cinq nouveaux cas d'infection au VIH attribuables à l'utilisation de drogues injectables, ce qui représente 50 % des nouvelles infections pour cette année-là. En 2003, on a relevé un cas d'UDI (10 %) ainsi que trois cas d'infection attribuables à la catégorie des HRSH (30 %), deux à un pays endémique (20 %), et trois à un contact hétérosexuel (30 %)<sup>99</sup>.

<sup>98</sup> Canada, Santé Canada, 2004 : 44.

<sup>99</sup> Canada, Santé Canada, 2004 : 24.



## Nouveau-Brunswick<sup>100</sup>

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Cas de sida</b>					
Nombre de cas de sida déclarés par année	6	2	3	4	17
Nombre cumulatif de cas de sida déclarés	160	154	152	149	116
Cas de sida nouvellement déclarés, selon le sexe					
Homme	5	2	3	3	16
Femme	1	0	0	1	1
Cas de sida nouvellement déclarés, selon la catégorie d'exposition					
HRSH	2	2	3	3	9
UDI	1	0	0	0	3
Contact hétérosexuel	0	0	0	1	0
ARS/Hétérosexuel	1	0	0	0	2
Receveur de facteurs de coagulation	0	0	0	0	3
Cas de sida nouvellement déclarés, selon l'âge					
0 à 19 ans	1	0	0	0	1
20 à 59 ans	5	2	3	4	16
60 ans et plus	0	0	0	0	0
Décès reliés au sida	1	0	0	0	8

<sup>100</sup> Données fournies par le Service provincial d'épidémiologie du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick.

## Nouveau-Brunswick (suite)

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Infection à VIH</b>					
Nombre total de cas de VIH déclarés	10	8	10	14	16
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon la catégorie d'exposition					
HRSH	3	1	3	9	8
HRSH/UDI	0	1	0	0	1
UDI	1	0	5	2	3
Contact hétérosexuel	3	1	1	0	1
VIH/sida – Pays endémiques	2	4	0	1	0
ARS – Hétérosexuel	0	1	1	2	2
ARS	1	1	0	0	1
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon le sexe					
Hommes	7	7	7	12	14
Femmes	3	2	3	2	2
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon l'origine ethnique					
Autochtones					
• Hommes	0	0	0	1	2
• Femmes	0	0	0	1	0
Asiatique	0	0	0	0	0
Noir	2H/1F	2H/2F	0	1H	0
Blanc	4H/2F	5H	7H/2F	9H/1F	11H/2F
Non spécifié	1M	0	1F	1M	1M
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon l'âge					
Périnatale	0	0	0	0	0
1 à 14 ans	0	1	0	0	0
15 à 24 ans	2	2	0	1	1
25 à 39 ans	6	5	6	8	11
40 à 59 ans	2	1	4	5	4
60 ans et plus	0	0	0	0	0

## Organisation

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a choisi de ne pas formuler de stratégie provinciale sur le VIH/sida bien qu'il ait entrepris des travaux en vue d'élaborer une telle stratégie. On a laissé entendre que la province accorde plus d'importance à l'hépatite C étant donné qu'elle touche un plus grand nombre de personnes. En 2002, par exemple, on dénombrait 172 cas d'hépatite C nouvellement déclarés et seulement 8 d'infection au VIH<sup>101</sup>. Dans l'avenir, on pourrait être intéressé à élaborer une stratégie portant sur tous les pathogènes à diffusion hémato-gène.

Au sein du ministère de la Santé et du Bien-être, un employé de la Section de la gestion de projets de la Division de la santé publique et des services médicaux gère les questions liées au VIH/sida en plus d'autres dossiers. Les huit autorités régionales de santé nouvellement établies ont également un certain rôle à jouer dans la lutte contre le VIH/sida, même si leurs responsabilités à cet égard ne sont pas encore définies et que les questions relatives à l'accès et à l'uniformité n'ont pas encore été abordées.

Toutes les régions de la province ont établi, avec l'aide d'infirmières proactives de la santé publique, des programmes de santé sexuelle. Ces infirmières participent dans des partenariats incluant les communautés et le ministère de l'éducation.

## Coordination et collaboration

Le ministère de la Santé et du Bien-être participe dans diverses activités qui influencent plus ou moins sur le cours de l'épidémie. Le coordonnateur de la lutte contre le VIH/sida, par exemple, travaille en collaboration étroite avec le ministère de l'Éducation. À titre d'exemple de la force de ce partenariat, deux infirmières de la santé publique – dans le cadre du Programme de santé sexuelle et du Programme

*Apprenants en santé* – ont récemment participé à la révision et au remaniement du programme d'études sur la santé des écoles intermédiaires (middle school) avec le ministère de l'Éducation.

L'effort provincial visant à enrayer le VIH/sida à l'échelle communautaire a bénéficié du Programme d'action communautaire sur le sida et du programme de lutte contre l'hépatite C de l'ASPC. Le Programme d'action communautaire sur le sida a fourni des fonds opérationnels à des organismes de services liés au VIH/sida dans la province, alors que le programme de lutte contre l'hépatite C a financé un certain nombre de projets innovateurs dans des établissements correctionnels fédéraux et provinciaux au Nouveau-Brunswick. Ces projets portent sur la vulnérabilité à l'hépatite C et au VIH, surtout en ce qui a trait à l'utilisation de drogues injectables. Des organismes provinciaux ont également travaillé en collaboration avec des chercheurs de l'Université McGill pour établir un projet « Safe Spaces » (milieux sûrs) à Moncton pour venir en aide aux jeunes homosexuels âgés de 15 à 24 ans. Il s'agit de l'un des quatre projets pilotes de ce genre en cours au Canada.

Les organismes de services liés au VIH/sida semblent avoir des liens limités avec la province, mais des liens solides avec le personnel régional de la santé publique. Les infirmières de la santé publique, par exemple, donnent des ateliers d'éducation à ces organismes. Les organismes de services liés au VIH/sida participent également à des efforts dans le but d'établir des partenariats à l'échelle communautaire pour répondre à tous les besoins en services, par exemple le Saint John Sex Trade Committee (comité sur le commerce du sexe à Saint John) et le partenariat visant à établir un programme d'entretien à la méthadone dans cette ville, qui finalement a échoué.

<sup>101</sup> Maladies transmissibles déclarées au Nouveau-Brunswick, selon la région sanitaire, 2002. <http://www.gnb.ca/0208/cd2002-f.asp>.

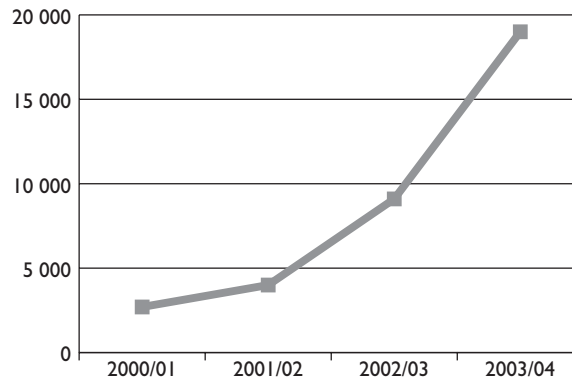
Certains informateurs clés ont dit beaucoup de bien du bureau régional de l'ASPC, et surtout de son engagement en ce qui a trait au renforcement communautaire et à la santé de la population. Le bureau fédéral assure que les organismes de services liés au VIH/sida soient informés des possibilités de financement au fur et à mesure qu'elles se présentent dans n'importe quel ministère fédéral, et il transmet l'information et les résultats de recherches au fur et à mesure qu'il les reçoit. Le Nouveau-Brunswick fait également partie du comité FPT régional de l'Atlantique sur le sida.

### Dépistage, prévention, soins et traitement

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick lutte contre l'épidémie de VIH/sida de plusieurs façons, par exemple :

- en finançant un service téléphonique gratuit géré par sida Nouveau-Brunswick;
- en offrant des centres de dépistage anonyme dans sept régions de la province;
- en soutenant, par l'entremise de son réseau de santé publique, des programmes d'échange de seringues. Le nombre de seringues distribuées est passé de 700 en 1999 à 80 000 en 2003, 60 000 ayant été distribuées à Saint John, et presque 20 000 à Fredericton. La **figure 8** illustre cette augmentation pour le programme de Fredericton. Le ministère de la Santé et du Bien-être n'alloue pas de fonds opérationnels pour ce service, mais il fournit toutes les seringues et tous les préservatifs nécessaires pour ces programmes communautaires;
- en affectant ses infirmières de la santé publique au dépistage du VIH dans des établissements correctionnels provinciaux et dans l'un des établissements fédéraux, dans le cadre d'un projet pilote de dépistage anonyme.

**Figure 8, Nombre de seringues distribuées, Fredericton**



En 1998, la province a mis en place le dépistage anonyme – en plus du test non nominal et du test nominal – dans des centres de santé sexuelle à Moncton, à Saint John, à Fredericton, à Edmundston, à Campbellton, à Bathurst et à Miramichi. Elle envisage actuellement d'offrir un programme complet de dépistage prénatal du VIH aux femmes enceintes. La Société médicale du Nouveau-Brunswick, en partenariat avec le ministère de la Santé et du Bien-être, propose un modèle « de renoncement volontaire » et de consentement éclairé.

De plus, la province dispose de ce qu'on décrit comme étant un programme solide de médicaments sur ordonnance qui garantit l'accessibilité universelle. Pour garantir la protection des renseignements personnels et la confidentialité dans les petites communautés, les patients peuvent se procurer certains médicaments par la poste auprès du bureau provincial, plutôt que d'aller les chercher dans les pharmacies locales. On compte également deux programmes d'entretien à la méthadone dans la province, un à Fredericton, auquel 50 personnes sont inscrites et 50 autres figurent sur une liste d'attente, et l'autre à Moncton, auquel 127 personnes sont inscrites et 175 sont sur une liste d'attente.

## Connaissances

À l'échelle locale, on entreprend peu de recherches au-delà des projets et de la reddition de comptes.

### Renforcement des efforts

Des informateurs clés ont mentionné que les mesures suivantes peuvent renforcer les efforts provinciaux dans la lutte contre le VIH/sida :

- reconnaître que le VIH/sida constitue une menace au Nouveau-Brunswick comme ailleurs, même si un nombre relativement peu élevé de personnes y sont actuellement infectées;
- engager des ressources supplémentaires pour enrayer l'épidémie et soutenir les organismes de services liés au VIH/sida de la province;
- élaborer une stratégie de lutte contre le VIH/sida pour sensibiliser le public et orienter les autorités régionales de santé;
- accorder plus d'attention à la prévention et à la promotion de la santé plutôt que de se concentrer exclusivement sur le système de soins intensifs.

## 3.9 Nouvelle-Écosse

### Points saillants des activités de surveillance

- À l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse<sup>102</sup>, le nombre de personnes infectées par le VIH/sida est relativement peu élevé et considérablement inférieur à ce qu'il était au milieu des années 1990. En 1995, par exemple, il y avait 32 cas d'infection au VIH nouvellement déclarés, comparativement à 16 en 2002 et à quatre en 2003.
- jusqu'au 31 décembre 2003, 74 % des cas de sida concernaient la catégorie des HRSH. Les HRSH constituaient également l'un des quatre cas d'infection au VIH nouvellement déclarés en 2003, et neuf des 16 cas déclarés en 2002.
- En 2003, on a recensé deux cas d'infection au VIH nouvellement déclarés dans la catégorie d'exposition des UDI. En 2002, il n'y avait eu aucun cas dans cette catégorie d'exposition.

<sup>102</sup> Compte tenu du petit nombre de personnes en cause et de la nécessité de préserver la confidentialité, les données de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Nouvelle-Écosse sont regroupées, conformément à une entente entre les deux gouvernements. Voir Canada, Santé Canada, 2004.

## Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Cas de sida</b>					
Nombre de cas de sida déclarés par année	2	5	3	7	32
Nombre cumulatif de cas de sida déclarés	300	298	293	290	
Cas de sida nouvellement déclarés, selon le sexe					
Homme	2	5	3	6	30
Femme	0	0	0	1	2
Nombre total de cas de sida déclarés, selon la catégorie d'exposition <b>Jusqu'au 31 déc. 2003</b>					
HRSH	223				
HRSH/UDI	8				
UDI	14				
Sang/Produits sanguins	20				
Pays endémiques	9				
Contact hétérosexuel/ARS	24				
ARS	2				
<b>Infection à VIH</b>					
Nombre total de cas de VIH déclarés	4	16	15	16	32
Cas de VIH déclarés, selon le sexe <b>Jusqu'au 31 déc. 2003</b>					
Hommes	534				
Femmes	80				
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon la catégorie d'exposition					
HRSH	1	9	2	4	
HRSH/UDI	0	0	0	1	
UDI	2	0	5	1	
Contact hétérosexuel	0	1	0	6	
VIH/sida – Pays endémiques	1	2	2	2	
ARS/ARS-hétérosexuel/Autre	0	2	2	5	
Récepteur de facteurs de coagulation	0			1	
Périnatale	0	1			

## Organisation

C'est en 1993 que la Nouvelle-Écosse a formulé pour la première fois une stratégie de lutte contre le VIH/sida. Plus récemment, la Nova Scotia Advisory Commission on AIDS – composé d'un vaste éventail d'intervenants – a élaboré une nouvelle stratégie qui a été acceptée par le gouvernement. La Stratégie met l'accent sur la collaboration intersectorielle et établit quatre objectifs :

- intégrer l'élaboration de politiques et la prestation de services relatifs au VIH/sida;
- améliorer la connaissance et la compréhension du VIH/sida et des questions connexes qui touchent le risque d'infection;
- réduire la propagation du VIH/sida;
- offrir aux Néo-écossais vivant avec le VIH et le sida et à ceux qui y sont vulnérables les meilleurs soins, traitements et services de soutien possibles.

Dans la Stratégie, on recommande 19 mesures réparties dans quatre orientations stratégiques, c'est-à-dire : la mobilisation d'une action intégrée, la mise en œuvre d'une vaste stratégie d'échange des données de recherche et d'information, la coordination des activités de prévention et de réduction des méfaits, et le déploiement des efforts pour offrir des soins, des traitements et du soutien. Ces mesures respectent les six principes directeurs de la Stratégie, incluant, par exemple, l'engagement à ce que les personnes vivant avec le VIH/sida, leurs aidants et leurs défenseurs, et les personnes les plus vulnérables à l'infection « jouent un rôle central dans l'orientation stratégique et la planification des services qui les touchent<sup>103</sup>. »

La Stratégie met aussi de l'avant une philosophie de la santé de la population en notant que « l'incapacité d'endiguer l'épidémie de VIH/sida nous porte à croire qu'il faut adopter une autre approche pour prévenir et gérer l'épidémie<sup>104</sup>. » La Stratégie souligne également l'importance d'aligner la stratégie provinciale avec la grande Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Enfin, il la Stratégie précise qui doit participer à chacune des mesures recommandées et qui en est responsable. Elle ne fournit pas d'échéancier ni de plan détaillé de mise en œuvre et de responsabilisation.

Même si on considère que la Stratégie est un document très utile pour fournir une orientation, elle n'a pas beaucoup intéressé le public, et elle est entravée :

- par le fait qu'un seul employé du gouvernement s'occupe principalement du VIH/sida;
- par le fait qu'on n'affecte pas de ressources à sa mise en œuvre et à ses activités.

C'est en partie pour cette raison que le VIH/sida ne retient pas l'attention qu'on lui accordait il y a quelques années et n'est pas « dans la mire du public ou des politiciens ». Certaines personnes ont laissé entendre que, même si la Stratégie proprement dite traduit bien le problème et les besoins de la province, elle n'a pas encore donné lieu à des mesures concrètes, bien que le gouvernement ait mis sur pied des comités chargés d'examiner ses diverses priorités. La province travaille actuellement à élaborer des normes relatives aux pathogènes à diffusion hémotogène et une stratégie de lutte contre le sida chez les Autochtones. En outre, le programme d'études du ministère de l'Éducation comprend un volet « Relations saines », qui porte entre autres sur des questions comme les infections transmissibles sexuellement et le VIH/sida.

<sup>103</sup> Nouvelle-Écosse, 2003 : 10.

<sup>104</sup> Nouvelle-Écosse, 2003 : 1.

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse n'accorde pas de fonds opérationnels aux organismes communautaires de services liés au VIH/sida, même si, dans certains cas, il peut subventionner des projets, par exemple des programmes d'échange de seringues et le dépistage anonyme. Il a également engagé environ un demi million de dollars pour ce qui est des pathogènes à diffusion hématogène. Les organismes locaux peuvent obtenir des fonds pour leurs activités et leurs projets par l'entremise du Programme d'action communautaire sur le sida de l'ASPC.

### **Coordination et collaboration**

Le processus utilisé pour élaborer la stratégie de la Nouvelle-Écosse montre la détermination du gouvernement à travailler en collaboration et en coopération. Lancé par le gouvernement en 1997, le processus en est venu à inclure un vaste éventail d'intervenants et toute une série de consultations et d'ateliers publics. En fait, le financement des consultations publiques a été fourni non seulement par le gouvernement provincial, mais aussi par cinq grandes sociétés pharmaceutiques du pays. Le processus de consultation et d'élaboration nous a appris que la collaboration est « un processus long et parfois difficile », bien que tout à fait utile. On prévoit rétablir un comité interministériel lorsque la nouvelle stratégie provinciale entrera en vigueur.

Au cours des dernières années, le gouvernement provincial a délégué la responsabilité des services de santé à neuf autorités de santé. Cela a soulevé des questions relativement à l'accès aux services d'un district à l'autre. La province définit ce que doivent faire les districts de santé, mais elle leur permet de procéder comme bon leur semble. L'accès constitue également un problème parce que des services comme le dépistage anonyme du VIH, le traitement à la méthadone et certains services de counselling sont surtout offerts à Halifax et que les gens qui vivent dans d'autres collectivités doivent se rendre dans cette ville à leurs frais.

Les organismes de services liés au VIH/sida disent avoir une bonne relation avec les employés du gouvernement qui s'occupent de la lutte contre le VIH/sida. Tous les intervenants reconnaissent l'importance de la collaboration.

La coordonnatrice provinciale de la lutte contre le VIH/sida entretient également de bonnes relations de travail avec ses collègues au bureau régional de l'ASPC. Ce bureau demande conseil à la province au sujet de demandes de financement qu'il reçoit d'organismes communautaires. En outre, la Nouvelle-Écosse fait partie du comité FPT sur le sida, participe à ses efforts pour mettre l'information en commun, discuter d'enjeux communs, cerner les priorités et influencer les politiques, et elle en tire profit. Enfin, elle participe au comité FPT régional de l'Atlantique sur le sida.

### **Dépistage, prévention, soins et traitement**

Dans toutes les régions de la Nouvelle-Écosse, les médecins offrent, sur demande, des tests nominaux et non nominaux, ainsi que le dépistage anonyme. La Planned Parenthood Metro Clinic (clinique métropolitaine pour le planning des naissances) à Halifax offre également le dépistage anonyme. Le dépistage du VIH fait partie des tests de routine que doivent subir les femmes enceintes, et il repose sur un modèle d'adhésion volontaire.

Le régime d'assurance-médicaments de la province couvre les antirétroviraux que prennent les personnes qui n'ont pas d'assurance privée. À Cape Breton et à Halifax, des programmes d'échange de seringues sont financés par la province, et on trouve des programmes satellites dans la partie ouest et la partie nord de la province.

Par l'entremise du réseau scolaire, on fournit aux étudiants de l'information sur le VIH/sida ainsi que sur les ITS, de façon plus générale. Le ministère de l'Éducation, en consultation avec des autorités de santé publique, est responsable du contenu de cette information.



## Connaissances

L'ASPC soutient la Nouvelle-Écosse dans ses efforts visant la collecte et l'analyse de données épidémiologiques en finançant un poste d'agent de surveillance fédéral dans la province. Cette personne travaille au sein du ministère provincial de la Santé et s'efforce d'améliorer la base de données de la province et d'offrir de meilleures informations sur l'incidence et les tendances liées au VIH/sida et à d'autres conditions. L'ASPC joue un rôle vital et inestimable en aidant les provinces à recueillir, analyser et partager leurs données. La province a établi un protocole d'entente dans lequel on définit les données qui seront communiquées à l'ASPC.

## Renforcement des efforts

Les informateurs clés ont proposé de prendre les mesures suivantes pour renforcer les efforts que déploie la province pour enrayer l'épidémie :

- fournir des ressources financières pour la lutte contre le VIH/sida et accorder plus d'importance au VIH/sida dans le système de santé;
- amener les autorités des districts de santé de la province à s'engager davantage à enrayer le VIH/sida;
- regrouper les activités de lutte contre le VIH/sida et celles visant d'autres pathogènes à diffusion hématogène afin d'en faire un programme plus important. On pourrait obtenir du financement pour la lutte contre le VIH/sida dans le cadre d'une initiative de plus vaste envergure;
- fournir de la formation et du soutien supplémentaires aux médecins généralistes dans les petites communautés afin de s'assurer qu'ils sont au courant des nouveaux enjeux cliniques et qu'ils peuvent dispenser des soins appropriés aux personnes vivant avec le VIH/sida;

- affecter d'autres fonds à la gestion du VIH/sida dans les petites communautés et les régions rurales;
- intégrer plus pleinement le VIH/sida au modèle de santé de la population et régler les problèmes relatifs au revenu et à l'emploi.

## 3.10 Île-du-Prince-Édouard

### Points saillants des activités de surveillance

En vertu d'une entente conclue par les deux administrations, on a inclus les données de surveillance de l'Île-du-Prince-Édouard à celles de la Nouvelle-Écosse afin de protéger la confidentialité. Voici les points saillants de ces données :

- À l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse, le nombre de personnes infectées par le VIH/sida est relativement peu élevé et considérablement inférieur à ce qu'il était au milieu des années 1990. En 1995, par exemple, il y avait 32 cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, comparativement à 16 en 2002 et à quatre en 2003.
- jusqu'au 31 décembre 2003, 74 % des cas de sida concernaient la catégorie des HRSH. Les HRSH constituaient également l'un des quatre cas d'infection au VIH nouvellement déclarés en 2003 et neuf des 16 cas déclarés en 2002.
- En 2003, on a recensé deux cas d'infection au VIH nouvellement déclarés dans la catégorie d'exposition des UDI. En 2002, il n'y avait eu aucun cas dans cette catégorie d'exposition.

## Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Cas de sida</b>					
Nombre de cas de sida déclarés par année	2	5	3	7	32
Nombre cumulatif de cas de sida déclarés	300	298	293	290	
Cas de sida nouvellement déclarés, selon le sexe					
Homme	2	5	3	6	30
Femme	0	0	0	1	2
Nombre total de cas de sida déclarés, selon la catégorie d'exposition <b>Jusqu'au 31 déc. 2003</b>					
HRSH	223				
HRSH/UDI	8				
UDI	14				
Sang/Produits sanguins	20				
Pays endémiques	9				
Contact hétérosexuel/ARS	24				
ARS	2				
<b>Infection à VIH</b>					
Nombre total de cas de VIH déclarés	4	16	15	16	32
Cas de VIH déclarés, selon le sexe <b>Jusqu'au 31 déc. 2003</b>					
Hommes	534				
Femmes	80				
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon la catégorie d'exposition					
HRSH	1	9	2	4	
HRSH/UDI	0	0	0	1	
UDI	2	0	5	1	
Contact hétérosexuel	0	1	0	6	
VIH/sida – Pays endémiques	1	2	2	2	
ARS/ARS-hétérosexuel/Autre	0	2	2	5	
Récepteur de facteurs de coagulation	0			1	
Périnatale	0	1			

## Organisation

L'Île-du-Prince-Édouard compte peu d'habitants (135 300) et de personnes vivant avec le VIH/sida, ces deux situations contribuant à ne pas alerter le public quant à l'épidémie. Sa stratégie de lutte contre le VIH/sida a été élaborée il y a dix ans et n'a pas été mise à jour depuis lors. Les agents des Communicable Diseases and Immunization Programs (programmes de vaccination contre les maladies transmissibles) de l'Office of the Chief Health Officer (bureau de l'agent de la santé en chef), ministère de la Santé et des Services sociaux, sont responsables de la politique et de la coordination des activités liées au VIH/sida, parmi d'autres responsabilités. Quatre autorités de santé régionales (West Prince Health, East Prince Health, Queens Health, Kings Health) et l'autorité provinciale des services de santé ont reçu le mandat de fournir tous les services et soutiens en santé.

Un seul organisme communautaire se consacre à la lutte contre le VIH/sida. Il s'agit d'AIDS PEI. C'est un organisme de bienfaisance enregistré qui, à ses débuts, était un groupe de soutien communautaire pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Actuellement, il exploite un bureau des conférenciers et une banque d'aliments, distribue des informations et des préservatifs, et administre un fonds d'urgence et d'entretien de la santé. Il a également participé à trois projets de lutte contre l'hépatite C. La province ne subventionne pas AIDS PEI, mais l'organisation reçoit environ 110 000 \$ chaque année en fonds d'exploitation et quelque 35 000 \$ du PACS pour financer ses projets.

La clientèle d'AIDS PEI est demeurée stable pendant dix ans, mais au cours de la dernière année, elle a doublé. L'organisation estime que beaucoup de personnes vivant avec le VIH/sida à l'Île-du-Prince-Édouard n'accèdent pas à ses services,

peut-être pour des raisons de confidentialité.

D'autres organisations, comme celles qui viennent en aide aux toxicomanes, jouent un certain rôle dans l'effort provincial visant à enrayer l'épidémie.

## Coordination et coopération

AIDS PEI jouit d'une relation solide de travail avec le bureau régional du PACS. Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard n'a pas créé de comité interministériel qui s'occuperait des enjeux liés au VIH/sida, mais des représentants de différents ministères siègent dans divers comités d'AIDS PEI. À l'instar des autres provinces de l'Atlantique, l'Île-du-Prince-Édouard fait partie du comité FPT régional de l'Atlantique sur le sida. Ce comité réunit des représentants des gouvernements provinciaux et fédéral dans le but d'assurer une collaboration interprovinciale et de compenser le petit nombre d'employés, dans chaque administration, qui participent directement à l'élaboration des politiques et des programmes liés au VIH/sida. Présentement, le comité ne compte pas de représentants d'organismes communautaires.

Le comité travaille en étroite collaboration avec les responsables de diverses initiatives de prévention et s'efforce d'adopter une approche commune de réduction des méfaits. Il organise présentement une conférence sur cette question et envisage de faire appel à divers partenaires non traditionnels, comme les pharmaciens de la région. Il espère également explorer d'autres modèles de financement qui regrouperaient des fonds fédéraux et provinciaux. Récemment, le comité a fait l'ébauche d'un plan de travail et d'action pour 2004-2005, et il est en train de déterminer des échéanciers et les besoins en ressources de chaque activité.

**Tableau 4, plan de travail/d'action 2004-2005 du comité FPT régional de l'Atlantique sur le sida (ébauche)**

<b>Objectif</b>	<b>Mesure ou Activités</b>	<b>Indicateurs ou Extrants</b>
Sensibiliser la population aux initiatives de réduction des méfaits et aux problèmes que vivent les personnes qui s'injectent des drogues dans la région de l'Atlantique.	Diffuser de l'information (p. ex., nouvelles recherches, pratiques exemplaires) provenant d'organismes communautaires et des gouvernements fédéral et provinciaux par l'entremise de la liste maîtresse des intervenants qui s'occupent des UDI.	Les secteurs de la région de l'Atlantique partagent les résultats de nouvelles recherches et des pratiques exemplaires pertinentes.
	Partager l'information sur la réduction des méfaits et les problèmes que vivent les personnes qui s'injectent des drogues au cours de téléconférences et de réunions FPT.	Des membres des gouvernements FPT partagent de l'information sur des initiatives pertinentes au cours de réunions et dans le cadre de téléconférences trimestrielles.
	Créer un comité d'intervenants multisectoriels pour organiser et planifier une conférence régionale sur la réduction des méfaits.	Le comité multisectoriel est mis en œuvre.  La conférence sur la réduction des méfaits est organisée.
	Tenir une conférence régionale sur la réduction des méfaits.	On tient une conférence régionale sur la réduction des méfaits.
Faire en sorte que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux accordent plus d'importance à la réduction des méfaits et aux problèmes des UDI dans la région de l'Atlantique	Séances d'information coordonnées et plus fréquentes sur la réduction des méfaits et les problèmes que vivent actuellement les UDI dans les ministères fédéraux et provinciaux.	De façon coordonnée, on informe les sous-ministres et le directeur général régional de Santé Canada au sujet de questions liées à la réduction des méfaits et aux UDI.
	Collaborer/dialoguer davantage avec d'autres directions générales de Santé Canada et ministères provinciaux de la Santé afin de présenter des informations et des preuves importantes aux cadres supérieurs du gouvernement.	Des informations importantes sur la réduction des méfaits et les UDI est partagée parmi les cadres supérieurs des gouvernements fédéral et provinciaux.
Accroître et soutenir le partage de l'information et l'élaboration de connaissances sur la réduction des méfaits et les UDI dans la région de l'Atlantique	Effectuer une analyse environnementale ou dresser le profil des UDI dans la région de l'Atlantique.	Analyse effectuée.
	Élaborer et mettre à l'essai des outils de collecte de données normalisés pour les programmes d'échange de seringues dans la région de l'Atlantique.	Un groupe composé de plusieurs intervenants crée un outil de collecte de données normalisé pour les programmes d'échange de seringues et le met à l'essai.
	Dresser la liste des intervenants qui s'occupent de la réduction des méfaits dans la région de l'Atlantique.	Un répertoire des intervenants qui s'occupent de la réduction des méfaits dans l'Atlantique est créé.
	Nouer des liens avec des établissements correctionnels dans la région de l'Atlantique.	On a noué des liens avec des établissements correctionnels.

L'ASPC a également affecté l'un de ses agents de surveillance sur le terrain à l'Île-du-Prince-Édouard et à la Nouvelle-Écosse, afin qu'il facilite la collecte et l'analyse des données de surveillance.

### **Dépistage, prévention, soins et traitement**

Bien que l'Île-du-Prince-Édouard s'appuie sur une « culture d'altruisme » solide, les personnes vivant avec le VIH/sida y font toujours l'objet d'une stigmatisation et d'une discrimination considérables. Par conséquent, la confidentialité est toujours un enjeu important, et on a laissé entendre qu'il « n'est pas facile d'avoir le VIH à l'Île-du-Prince-Édouard » à cause de ces problèmes. En général, les personnes reçoivent de l'aide d'une façon non structurée.

La culture d'altruisme, par exemple, a fait en sorte que le ministère provincial de la Santé profite de la souplesse des politiques et des programmes provinciaux pour dispenser des soins et de l'aide à des personnes qui, autrement, seraient peut-être incapables d'accéder aux soins et aux traitements nécessaires contre le VIH/sida.

À l'Île-du-Prince-Édouard, on peut subir un test nominal et un test non nominal en s'adressant à son médecin. Le dépistage anonyme n'est pas offert et on n'a pas établi de politiques concernant le dépistage prénatal du VIH. Ce test est administré à la discrétion de la patiente et de son médecin. Des problèmes relatifs à la confidentialité compromettraient les efforts visant à promouvoir l'établissement d'un dépistage plus exhaustif du VIH.

Les personnes vivant avec le VIH/sida peuvent recevoir des traitements sur l'Île, mais elles peuvent également se rendre à Moncton ou à Halifax pour obtenir des services plus spécialisés. Dans certains cas, le ministère de la Santé et des Services sociaux peut fournir une aide financière aux personnes qui quittent la province pour obtenir de tels traitements. De plus, le ministère paie les médicaments requis pour autant qu'ils figurent sur le formulaire provincial.

Il n'y a pas de clinique de santé sexuelle sur l'Île-du-Prince-Édouard. Les cours de santé sexuelle ne sont offerts qu'en neuvième année pour les jeunes et les familles qui souhaitent y participer.

### **Connaissances**

Le bureau régional du PACS s'efforce de partager ses connaissances avec la province et les organismes communautaires qui essaient d'enrayer l'épidémie. À cette fin, le bureau peut entre autres les informer des possibilités de financement qui s'offrent à eux, des résultats de récentes études concernant l'épidémie et de pratiques exemplaires de lutte contre l'épidémie.

## Renforcement des efforts

Des informateurs clés ont suggéré de prendre les mesures suivantes pour renforcer les activités provinciales de lutte contre l'épidémie :

- s'employer activement à sensibiliser le public au VIH/sida, à l'éduquer sur les questions relatives à la transmission, à la prévention et à la réduction des méfaits, et à réduire la stigmatisation et la discrimination;
- accroître la collaboration entre les organismes communautaires et le gouvernement provincial;
- consacrer plus de ressources et de financement à la prévention des maladies transmissibles;
- améliorer l'accessibilité au dépistage, aux traitements et aux soins afin que les gens aient moins besoin de quitter l'Île pour les obtenir.

## 3.11 Terre-Neuve-et-Labrador

### Points saillants des activités de surveillance

- À Terre-Neuve-et-Labrador, il y a eu 11 cas d'infection à VIH nouvellement déclarés en 2003 par rapport à un en 2002, à cinq en 2001, à trois en 2000 et à sept en 1995. Avant 2003, presque tous ces cas étaient attribuables à la catégorie d'exposition des HRSH. En 2003, cependant, cinq des 11 cas faisaient partie de cette catégorie d'exposition, et cinq autres découlaient d'un contact hétérosexuel.
- Neuf des 11 cas nouvellement déclarés en 2003 concernaient des hommes.
- Il y a très peu de cas de sida nouvellement diagnostiqués. En 2003, par exemple, on n'en a diagnostiqué qu'un seul, même si on en a diagnostiqué 88 depuis 1985. Au total, 80 % de ces cas concernaient des hommes, et 20 %, des femmes.

## Terre-Neuve-et-Labrador<sup>105</sup>

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Cas de sida</b>					
Nombre de cas de sida déclarés par année	1	1	3	2	6
Nombre cumulatif de cas de sida déclarés	88	87	86	83	59
Cas de sida nouvellement déclarés, selon le sexe					
Homme	1	1	3	2	6
Femme	0	0	0	0	0
Cas de sida nouvellement déclarés, selon la catégorie d'exposition					
HRSH	1	1	3	1	2
UDI	0			1	
HRSH/UDI	0				1
Produits sanguins	0				1
Contact hétérosexuel	0				1
Aucun risque signalé	0				1
Décès reliés au sida	s.o.	0	0	4	10

<sup>105</sup> Source : Disease Control and Epidemiology Division (division de la lutte contre les maladies et de l'épidémiologie), ministère de la Santé et des Services communautaires, gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador. Statistiques cumulatives sur le VIH/sida, Terre-Neuve-et-Labrador, 1984 – 31 décembre 2003. Voir également Canada, Santé Canada, 2004.

## Terre-Neuve-et-Labrador (suite)

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Infection à VIH</b>					
Nombre total de cas de VIH déclarés	11	1	5	3	7
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon la catégorie d'exposition					
HRSH	5	1	4	2	4
UDI	1	0	0	1	0
Contact hétérosexuel	5	0	1	0	1
VIH/sida – Pays endémiques	2	0	0	0	0
Aucun risque signalé	0	0	0	0	2
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon le sexe					
Hommes	9	1	5	3	5
Femmes	2	0	0	0	2
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon l'âge					
	<b>Cumulatif jusqu'à 2003</b>				
0 à 14 ans	8				
15 à 19 ans	11				
20 à 29 ans	89				
30 à 39 ans	83				
40 à 49 ans	20				
50 à 59 ans	6				
60 ans et plus	1				
Âge non spécifié	4				
Total	222				



## Organisation

En 1993, le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a réagi à l'épidémie en publiant un rapport intitulé « Towards the Development of a Comprehensive HIV/AIDS Strategy for Newfoundland and Labrador ». Utile à l'époque pour donner une orientation et sensibiliser les gens, le document est maintenant dépassé, et on travaille actuellement à une nouvelle stratégie, qui devrait être prête à l'automne 2004. Le comité directeur responsable d'élaborer la nouvelle stratégie est composé d'un groupe d'intervenants représentatif.

Le ministère de la Santé et des Services communautaires est responsable des questions stratégiques et intergouvernementales, de diverses activités de surveillance et d'autres activités pertinentes, alors que les conseils régionaux de la santé sont responsables d'offrir des services et des programmes relatifs au VIH/sida. Contrairement à d'autres administrations, il n'y a pas de bureau spécifique responsable des questions liées au VIH/sida, vu le petit nombre de cas à Terre-Neuve-et-Labrador.

En général, le public n'est pas très préoccupé par le VIH/sida, là encore parce que peu de gens y sont infectés ou directement touchés. Essentiellement, l'épidémie n'intéresse pas le public, comme en témoigne la diminution du nombre de personnes qui participent à la marche annuelle pour le sida.

La province n'alloue spécifiquement pas de fonds pour le VIH/sida; elle inclut plutôt ces ressources dans son budget pour les services de santé. Elle verse environ 9 000 \$ chaque année à un organisme de services liés au sida à St. John's pour l'aider à assurer le fonctionnement d'une ligne téléphonique d'information gratuite. L'organisme obtient la majeure partie de son financement par l'entremise du Programme d'action communautaire sur le sida de l'ASPC et de campagnes de financement. Cependant, il ne compte que trois employés, même s'ils doivent assumer certaines responsabilités en

matière d'éducation sur l'hépatite C grâce à des fonds supplémentaires fournis dans le cadre du programme fédéral sur l'hépatite C. L'organisme gère également un petit programme d'échange de seringues.

## Coordination et collaboration

La stratégie de 1993, envisageait la création d'un comité interministériel responsable de l'administration de la stratégie. Ce comité n'a jamais été formé, bien qu'on ait établi au besoin des comités spéciaux à des fins spécifiques. Au sein du comité directeur, plusieurs organismes collaborent en supervisant l'élaboration de la nouvelle stratégie. Ce comité regroupe des représentants de divers ministères du gouvernement provincial, d'organismes communautaires et de groupes de consommateurs.

Le gouvernement, les organismes communautaires et les autorités de santé gardent des liens étroits et communiquent ouvertement et fréquemment en partie :

- à cause du nombre relativement bas d'habitants et de la nature cohésive de la province;
- grâce à l'engagement de personnes qui travaillent au gouvernement et dans la collectivité qui sont le plus directement responsables des questions liées au VIH/sida.

Le ministère de la Santé et des Services communautaires et l'AIDS Committee of Newfoundland and Labrador (ACNL) (comité sur le sida de Terre-Neuve-et-Labrador) ont proposé conjointement l'initiative actuelle, qui vise à élaborer une nouvelle stratégie de lutte contre le VIH/sida. Des représentants des conseils régionaux de la santé siègent au ACNL. Un représentant du ministère provincial de la Santé et des Services communautaires fait partie du comité FPT national sur le sida et du comité FPT régional de l'Atlantique sur le sida.

Il existe également des liens, officiels aussi bien qu'officiels, entre les activités relatives au VIH/sida de la province et ses autres initiatives sanitaires et sociales.

### **Dépistage, prévention, soins et traitement**

Quatorze conseils régionaux de la santé dispensent la grande majorité des services de santé et des services communautaires dans la province de Terre-Neuve-et-Labrador. Les services varient d'un conseil à l'autre et dépendent, premièrement, du besoin, et, deuxièmement, du fait que le conseil dirige des services communautaires ou institutionnels. En général, les services liés au VIH/sida sont dispensés dans le cadre de l'ensemble des services de santé y compris certains conseils consacrant beaucoup plus d'attention à l'épidémie que d'autres. La Health Care Corporation of St. John's, par exemple, offre des cliniques spéciale pour les personnes vivant avec le VIH/sida en partie à cause de son rôle en tant que centre de soins tertiaires. Toutefois, grâce à la politique du ministère de la Santé et des Services communautaires, on réussit à établir une certaine uniformité entre les régions.

En général, les efforts d'éducation de la province visent le grand public, même si certains conseils de la santé ciblent des groupes spécifiques. La province dispose d'un régime d'assurance-médicaments provincial qui couvre les produits pharmaceutiques liés au VIH/sida. De plus, toutes les femmes enceintes peuvent se prévaloir du dépistage prénatal du VIH, selon un modèle de renoncement volontaire, et c'est ce que font 90 % d'entre elles. On s'inquiète quelque peu du fait que ce dépistage n'est pas toujours précédé et suivi de conseils comme on l'avait prévu.

### **Connaissances**

Comme dans d'autres administrations, on recueille régulièrement des données épidémiologiques et on les transmet à l'ASPC. On apporte une contribution spécifique à d'autres recherches sur le sida par l'entremise de l'Université Memorial de Terre-Neuve.

### **Renforcement des efforts**

Des informateurs clés de Terre-Neuve-et-Labrador ont suggéré de prendre les mesures suivantes pour renforcer les efforts de la province dans la lutte contre le VIH/sida :

- fournir des renseignements supplémentaires par l'entremise du système scolaire;
- compléter la nouvelle stratégie provinciale et la mettre en application;
- fournir aux organismes de services liés au sida, y compris au Native Friendship Centre de Goose Bay, les ressources nécessaires pour joindre les communautés isolées comme celles du Labrador.

### 3.12 Nunavut, Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) et Yukon<sup>106</sup>

#### Points saillants des activités de surveillance

- Dans ces trois administrations, peu de gens vivent avec le VIH/sida. Au total, il n'y a eu que deux cas de séropositivité déclarés au Nunavut, 36 aux Territoires du Nord-Ouest et 37 au Yukon. Cependant, ces administrations comptent très peu d'habitants.

Tableau 5, population du Nunavut, des T.N.-O. et du Yukon, 2001<sup>107</sup>

	Territoires du		
	Nunavut	Nord-Ouest	Yukon
Population totale	26 745	37 360	28 675
Population totale, âgée de 15 ans et plus	16 820	27 250	22 640

- Les deux cas au Nunavut ont été diagnostiqués en 2002 et en 2003. Les Territoires du Nord-Ouest n'ont déclaré qu'un seul nouveau cas de séropositivité en 2002 et en 2003, alors que le Yukon en a déclaré trois en 2002 et quatre en 2003.
- Le rapport homme/femme pour ce qui est de l'infection au VIH, pour la période de novembre 1985 à décembre 2003, est de 2 : 1 au Yukon, de 5 : 1 aux Territoires du Nord-Ouest, et de 6 : 1 au Canada dans son ensemble<sup>108</sup>. Les deux cas déclarés au Nunavut concernent des hommes.
- Au Yukon, on a déclaré six cas de sida, tandis qu'aux Territoires du Nord-Ouest, on en a déclaré 17, et au Nunavut, aucun<sup>109</sup>.

#### Nunavut

Indicateur	Année <sup>110</sup>			
	2003	2002	2001	2000
<b>Cas de sida</b>				
Nombre cumulatif de cas de sida déclarés	0	0	0	0
<b>Infection à VIH</b>				
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés	1	1	0	0

<sup>106</sup> Étant donné que peu d'informateurs clés étaient disponibles et qu'il fallait respecter la confidentialité de leurs observations, on a regroupé ces trois administrations.

<sup>107</sup> Voir le recensement du Canada de 2001. <http://www12.statcan.ca/francais/census01/home/index.cfm>.

<sup>108</sup> Le rapport homme-femme pour le Nunavut n'est pas fourni. Voir Canada, Santé Canada, 2004 : 22.

<sup>109</sup> Même si les données de ces administrations indiquent qu'il y a eu six (Yukon) et 17 (T.N.-O.) cas de sida, le Rapport de surveillance de Santé Canada pour la période se terminant le 31 décembre 2003 indique qu'il y a eu huit et 19 respectivement. Voir Canada, Santé Canada, 2004 : 41.

<sup>110</sup> Le Nunavut a été créé en avril 1999. On ne dispose pas de données pour la période précédant cette date.

## Territoires du Nord-Ouest

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Cas de sida</b>					
Nombre de cas de sida déclarés	0	0	0	0	3
Nombre cumulatif de cas de sida déclarés	17	17	17	14	11
Cas de sida nouvellement déclarés, selon le sexe					
Homme	0	0	0	0	2
Femme	0	0	0	0	1
<b>Infection à VIH</b>					
Nombre total de cas de VIH déclarés	1	1	2	0	0
Cas d'infection à VIH déclarés, de 1987 à 2004	<b>2003</b>		<b>1987-2003 (36 cas)</b>		
Cas d'infection à VIH déclarés, selon la catégorie d'exposition					
HRSH	0		16		
HRSH/UDI	0		2		
UDI	0		6		
Contact hétérosexuel	0		8		
Périnatale	0		2		
Produits sanguins	0		1		
Hétérosexuel ou VIH – Pays endémiques	1		1		
Cas d'infection à VIH déclarés, selon le sexe					
Hommes			30		
Femmes			6		
Cas d'infection à VIH déclarés, selon l'âge					
Moins de 15			2		
20 à 29			7		
30 à 39			16		
40 à 49			9		
50 et plus			2		

## Yukon

Indicateur	Année				
	2003	2002	2001	2000	1995
<b>Cas de sida</b>					
Nombre de cas de sida déclarés par année	0	2	0	2	2
Nombre cumulatif de cas de sida déclarés	6	6	4	4	—
Cas de sida nouvellement déclarés, selon le sexe					
Homme	0	0	0	1	2
Femme	0	2	0	1	0
<b>Infection à VIH</b>					
Nombre total de cas de VIH déclarés	4	3	4	5	1
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon la catégorie d'exposition					
HRSH	0	0	0	0	—
HRSH/UDI	0	0	0	1	—
UDI	2	1	2	4	—
Contact hétérosexuel	2	1	0	0	—
VIH/sida – Pays endémiques	0	0	0	0	—
ARS/ARS – Hétérosexuel/Autre	0	1	2	0	—
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon le sexe					
	<b>1985-2003</b>				
Homme	27				
Femme	13				

## Organisation

La caractéristique qui définit l'épidémie au Nunavut, aux Territoires du Nord-Ouest et au Yukon est le nombre bas de personnes vivant actuellement avec le VIH/sida. Toutefois, il y a eu cinq cas de VIH nouvellement déclarés dans les trois administrations en 2003, dont quatre au Yukon. Cette année-là, on n'a déclaré aucun nouveau cas de sida. La situation du Yukon est unique – dans le Nord et au Canada – dans le sens que plus de 32 % des cas d'infection au VIH qui y ont été déclarés depuis 1985 concernent des femmes. Par contre, les femmes aux Territoires du Nord-Ouest ne représentent que 12 % des cas déclarés. Le rapport homme-femme au Yukon pour ce qui est de la séropositivité au VIH est de 2 : 1 comparativement à 5 : 1 aux Territoires du Nord-Ouest, et à 6 : 1 pour le Canada dans son ensemble.

Au milieu des années 1990, les autorités des Territoires du Nord-Ouest ont analysé la possibilité d'établir une stratégie de lutte contre le VIH et sont présentement dans les dernières étapes d'une stratégie visant à prévenir, de façon plus générale, les infections transmissibles sexuellement. Le Nunavut et le Yukon n'ont pas élaboré de stratégie portant spécialement sur le VIH/sida. Ils intègrent plutôt des activités de lutte contre le VIH/sida avec de vastes efforts de santé publique qui portent sur d'autres infections transmissibles sexuellement et pathogènes à diffusion hématogène. Dans les trois administrations, on laisse entendre que cette façon de faire pourrait être plus efficace pour éliminer la menace plus immédiate que représentent les ITS et l'hépatite C, et pour éviter le dédoublement des efforts. De plus, cette approche pourrait mobiliser les gens et leur permettre d'éviter la stigmatisation associée au VIH/sida. Pour ce faire, il faudrait peut-être déployer des efforts de prévention, de soins et de traitement plus adaptés aux petites collectivités.

Le ministère de la Santé de chaque administration confie à son personnel responsable de la santé publique la tâche de surveiller le VIH/sida et de s'occuper des questions qui y sont liées dans le cadre de ses responsabilités globales. Le fait que ces

employés aient le même éventail de responsabilités que les grandes unités de santé publique dans les grandes administrations – cerner les épidémies, déterminer les partenaires, informer la population et effectuer des activités de prévention – crée une pression considérable. Étant donné la taille géographique de chaque administration, les communautés ne sont pas vraiment capables de réagir aux infections à diffusion hématogène.

## Coordination et collaboration

Aux territoires du Nord-Ouest, les ministères sont plus ou moins sensibilisés au VIH/sida, et des responsables de divers bureaux communautaires et gouvernementaux participent au projet d'élaboration d'une nouvelle stratégie de lutte contre les ITS. Le comité responsable de l'élaboration de la stratégie se compose d'employés des ministères de l'Éducation, de la Culture et de l'Emploi (ECE) et de la Justice, ainsi que d'une organisation pour le statut de la femme de Yellowknife, de groupes communautaires, de jeunes Autochtones, de coordonnateurs du bien-être communautaire et de personnes qui travaillent avec des jeunes vivant dans la rue. Des travailleurs de première ligne du ministère de l'ECE et des écoles participent aux efforts d'éducation liés au VIH/sida.

Les petites populations et l'absence de bureaucratie rigide dans les trois administrations du Nord facilitent la collaboration entre les ministères et les organismes. Par exemple, les employés qui s'occupent de la santé publique ont un accès direct aux gens qui travaillent dans d'autres ministères. De plus, ils bénéficient de relations de travail solides avec des organismes communautaires qui luttent contre le VIH/sida et l'hépatite C, même si ces organismes sont très peu nombreux et que leurs capacités sont limitées. Au Nunavut, par exemple, seule Paktuutit – l'association des femmes inuites – participe à de tels efforts, alors qu'au Yukon, la seule ressource communautaire est la Blood Ties Four Directions Society. Depuis que AIDS Yellowknife a cessé ses activités, il n'y a plus d'organisations semblables aux Territoires du Nord-Ouest.

Des systèmes de rapport sont en place dans les trois administrations. Les résultats sont transférés à l'ASPC dans le cadre du système national de surveillance. L'ASPC fournit, au besoin, conseils et soutien à ces trois administrations, même s'il n'a affecté aucun agent de surveillance sur le terrain dans les bureaux de santé publique du Nord.

Dans le cadre d'un partenariat avec des autorités de la santé du nord de l'Alberta, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest fournit une formation supplémentaire aux médecins locaux pour s'assurer que les traitements soient accessibles dans les communautés même. Toutefois, le roulement des médecins rend l'établissement d'une formation continue impératif.

### **Dépistage, prévention, soins et traitement**

Le dépistage et le traitement du VIH dans les trois administrations sont compromis par le fait que la plupart des communautés comptent très peu d'habitants. Les gens craignent que leur maladie ne soit connue de tous.

Dans la plupart des petites communautés nordiques, les infirmières sont responsables de la majeure partie des tests de dépistage. Le dépistage anonyme n'est offert dans aucune de ces administrations, mais les femmes enceintes subissent un test de dépistage prénatal du VIH. Depuis 2000, les Territoires du Nord-Ouest ont employé le modèle de renoncement volontaire, alors que le Yukon et le Nunavut utilisent le modèle d'adhésion volontaire. En 1996, les territoires du Nord-Ouest ont également commencé à offrir à tous les gens qui entrent dans le système correctionnel la possibilité de subir des tests de dépistage du VIH, de la tuberculose, de l'hépatite C et des ITS. Ces tests révèlent que l'hépatite C constitue actuellement un problème plus important que les autres affections. On recommande aux nouveaux cas dépistés de cette façon de se faire soigner et de se faire traiter, et les Territoires du

Nord-Ouest mettent à l'essai un nouveau système de soins de santé intégré fondé sur le travail en équipe dans neuf emplacements pilotes.

Au Nunavut, Pauktuutik a parrainé une série de salons d'éducation de la collectivité et de sensibilisation des jeunes sur l'hépatite C et le VIH/sida. Les événements étaient subventionnés par le programme du gouvernement fédéral pour la lutte contre l'hépatite C.

Les territoires nordiques, avec leurs très petites populations et communautés, constituent un obstacle énorme au traitement et aux soins. Le traitement, par exemple, peut coûter très cher à cause du déplacement pour les visites médicales et du fait que certaines personnes doivent descendre vers le sud pour suivre le traitement. On s'efforce d'informer les médecins locaux à propos des questions touchant le traitement dans le cadre de partenariats avec les universités et les hôpitaux dans le Sud.

Il n'existe aucun programme d'échange de seringues dans les territoires du Nord-Ouest ou au Nunavut, en partie parce que le problème d'usage de drogues par injection n'est pas très important à l'heure actuelle. À Whitehorse, la Blood Ties Four Directions Society administre un petit programme d'échange de seringues grâce à un financement octroyé par le gouvernement du Yukon. L'organisme compte quatre employés responsables d'un éventail de programmes, par exemple l'échange de seringues, un « groupe de salon » de soutien et certaines activités de promotion à l'intention de la jeunesse et concernant la santé. Il offre également une formation aux fournisseurs de services au sein d'autres organismes, organise des ateliers et transmet un message éducatif dans diverses écoles. Toutefois, son financement est très limité, particulièrement compte tenu du coût élevé des déplacements dans le Nord.

Bien que la solidarité caractérise les habitants et les communautés des régions nordiques, le bénévolat dans le domaine du VIH/sida n'est pas très au point. Cela peut être imputable aux stigmates associés au VIH/sida et au fait que les organismes de lutte contre le sida ne disposent pas des ressources requises pour établir un réseau de bénévoles ou pour former des bénévoles.

### **Connaissances**

L'information épidémiologique est recueillie et partagée avec l'ASPC. Pauktuutit et la Blood Ties Four Directions Society ont préparé des évaluations et des rapports relatifs à leurs projets financés par Santé Canada, bien qu'ils soient destinés surtout à des fins de responsabilisation.

### **Renforcement des efforts**

Il serait possible de renforcer les efforts de lutte contre le VIH/sida dans les trois administrations nordiques par :

- l'engagement d'autres ressources financières visant à enrichir les connaissances et à accroître la sensibilisation avant que n'augmentent les taux d'incidence du VIH;

- un financement qui prend en compte les coûts excessivement élevés associés aux mesures communautaires dans les régions nordiques et aux déplacements pour visites médicales;
- une approche de travail proactive, particulièrement à la lumière des taux élevés d'ITS, pour empêcher l'enracinement du VIH dans le Nord. Cela dépendra de la sensibilisation et de l'engagement politique à l'égard de la lutte contre le VIH/sida;
- les initiatives de mise au point de modèles de promotion de la santé et de prévention des infections qui sont bien adaptés aux communautés des régions nordiques;
- l'instauration de mesures visant à renforcer la santé publique en général en vue d'attirer l'attention des dirigeants communautaires et d'éliminer les stigmatisations associés au VIH et la tendance à nier sa menace.



## 4 Un portrait national

Ensemble, les descriptions provinciales et territoriales fournissent un portrait de l'initiative nationale de lutte contre le VIH/sida. Le texte qui suit présente et examine les caractéristiques principales de ce portrait national.

Un thème particulièrement important domine ce portrait : il est nécessaire d'accroître la sensibilisation du public et d'encourager l'engagement politique à l'égard du VIH/sida. Dans pratiquement chaque administration, les défenseurs clés ont déclaré que la question du VIH/sida a perdu sa place sur la scène politique pour les raisons suivantes :

- jusqu'à récemment, le nombre décroissant de nouveaux rapports de test séropositifs;
- le nombre faible de personnes vivant avec le VIH/sida dans les provinces et territoires autres que la Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario et le Québec;
- les améliorations apportées aux options de traitement et de soins accessibles aux personnes vivant avec le VIH/sida; l'idée fausse selon laquelle le VIH/sida est maintenant guérissable;

- l'émergence de nouvelles priorités, la préoccupation accrue à l'égard d'autres pathogènes et épidémies et l'accent mis sur les soins de courte durée plutôt que sur la prévention et la santé de la population.

Les informateurs clés ont suggéré que ces facteurs étaient aggravés par le fait que la population associe de plus en plus l'épidémie aux populations marginalisées — principalement les utilisateurs de drogues par injection et les Autochtones — et à certains quartiers dans les grandes villes. Ces groupes ou secteurs géographiques suscitent peu d'attention et de préoccupation auprès de la population.

Les informateurs clés ont parlé de l'importance de renouveler le leadership politique ainsi que de rétablir et de renforcer de la sensibilisation du public. La sensibilisation du public, l'engagement et le leadership politiques sont essentiels pour renforcer la réponse politique au VIH/sida, en partie par l'obtention des ressources financières requises pour lutter contre la menace, faire face à la complexité croissante de l'épidémie et répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH/sida.

## 4.1 Différentes épidémies dans différentes administrations

Les descriptions provinciales et territoriales montrent qu'il y a non pas une épidémie au Canada, mais plusieurs épidémies.

**Premièrement**, au moins présentement et sinon dans l'avenir, on recense une épidémie dans quatre provinces, là où l'on retrouve un nombre très important de personnes infectées et vivant avec le VIH/sida. La Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario et le Québec comptent 95 % des déclarations de résultats positifs au test du VIH depuis 1985, tandis que les neuf autres administrations provinciales et territoriales n'en comptaient que 5 %<sup>111</sup>.

La répartition permet d'expliquer pourquoi certaines administrations en font plus que d'autres pour lutter contre l'épidémie. Les provinces de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de l'Ontario et du Québec ont chacune élaboré des stratégies axées spécifiquement sur le VIH/sida. Chacune consacre des ressources importantes à l'épidémie — bien que, selon certains informateurs clés, elles ne soient pas forcément adéquates — et prévoit un large éventail de services en matière de prévention, de réduction des méfaits, de soins, de traitement et de soutien. Chacune consacre également d'importantes ressources à la recherche et à l'édification de la base de connaissances requises pour lutter efficacement contre l'épidémie. D'une façon générale, l'initiative du gouvernement fédéral ressemble à celle de ces quatre provinces. Le gouvernement fédéral aussi possède une stratégie claire et consacre des ressources importantes aux efforts déployés dans le cadre de cette stratégie. Ces derniers temps, par exemple, il s'est engagé à doubler le budget annuel de la SCVS au cours des cinq prochaines années.

Bon nombre des neuf autres provinces et territoires — qui ont tous des populations moins élevées — disposent également de stratégies et de services qui n'ont cependant pas la même portée ni le même niveau de financement que celles mentionnées ci-dessus. Plusieurs, par exemple, offrent un financement minimal, voire aucun financement, aux organismes qui se consacrent à la lutte contre l'épidémie à l'échelle communautaire. Ces organismes doivent se fier aux Programmes de prévention et d'action communautaire sur le VIH/sida ou au Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C du gouvernement pour le financement des opérations ou des projets ou doivent se tourner vers les campagnes de financement. Les informateurs clés étaient préoccupés du fait que ces provinces et territoires n'étaient pas préparés à l'épidémie qui pourrait survenir dans l'avenir.

Parallèlement, le nombre absolu de cas déclarés peut paraître trompeur. Pour indiquer les risques associés à l'épidémie de VIH/sida dans les différentes administrations, il serait peut-être plus utile d'examiner les taux, c'est-à-dire le nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH par tranche de 100 000 habitants. Le **tableau 6** présente ce taux par administration, selon les données sur la population provenant du recensement du Canada en 2001 et le nombre de nouveaux cas déclarés d'infection au VIH (2003) tel que présenté par Santé Canada. La **figure 9** illustre cette tendance<sup>112</sup>. Il importe cependant de souligner que le tableau 6 et la figure 9 ne présentent ce taux que pour les cas déclarés et ne tiennent pas compte des cas non diagnostiqués ni déclarés. Selon les estimations, plus du tiers des cas actuels n'ont pas été déclarés.

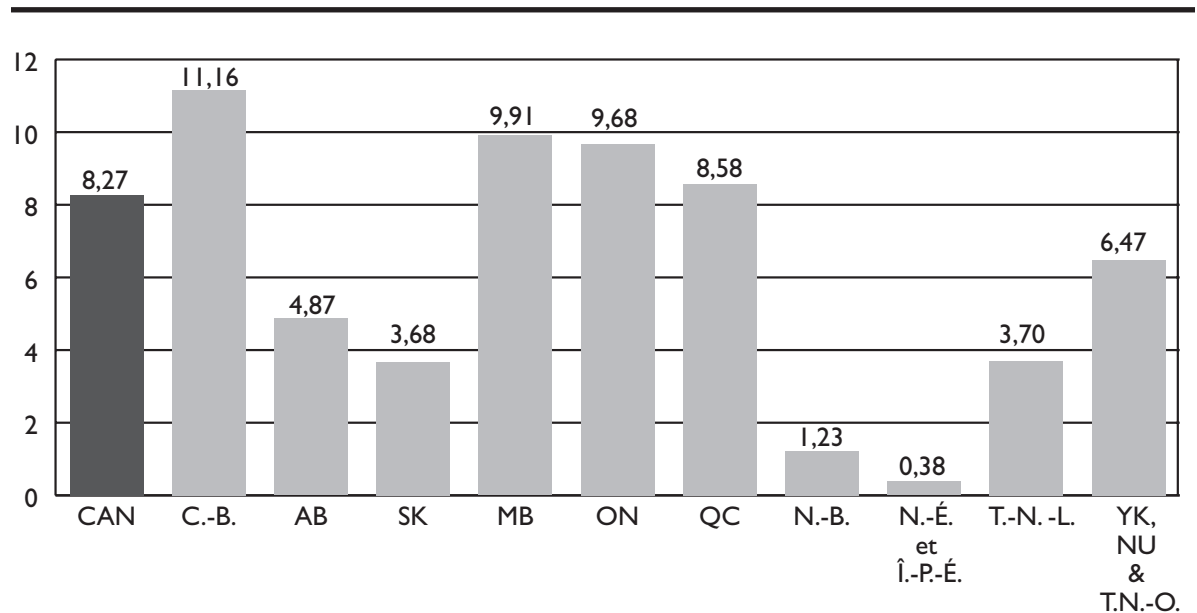
<sup>111</sup> Canada, Santé Canada, 2004, p. 23.

<sup>112</sup> Les données sur la population proviennent du Recensement du Canada de 2001, <http://www12.statcan.ca/francais/census01/home/index.cfm>. Le nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH provient d'un rapport de Santé Canada (2004 :23). Le taux pour 100 000 habitants repose sur la formule suivante : (nombre de cas déclarés en 2003/population totale) x 100 000.

**Tableau 6, nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH/100 000 habitants, par province et territoire**

Administration	Population, 2001	Nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH, 2003	Déclarations de résultats positifs au test du VIH/100 000 habitants
Canada	30 007 090	2 482	8,27
Colombie-Britannique	3 907 735	436	11,16
Alberta	2 974 810	145	4,87
Saskatchewan	978 935	36	3,68
Manitoba	1 119 585	111	9,91
Ontario	11 410 045	1 104	9,68
Québec	7 237 480	621	8,58
Nouveau-Brunswick	729 500	9	1,23
Nouvelle-Écosse	908 005	4	0,38
Île-du-Prince-Édouard	135 290		
Terre-Neuve-et-Labrador	512 930	19	3,70
Nunavut	26 745		
Territoires du Nord-Ouest	37 360	6	6,47
Yukon	28 675		

**Figure 9, nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH/100 000 habitants, 2003**



Deuxièmement, la nature de l'épidémie diffère d'une administration à l'autre. La catégorie des HRSH demeure celle où l'exposition est la plus importante; par contre, la catégorie d'exposition des UDI est toujours significative. Les infections chez les personnes des pays où le VIH est endémique sont plus fréquentes dans certaines administrations que dans d'autres. De même, la proportion d'hommes par rapport aux femmes infectés au VIH en 2003 diffère d'une administration à l'autre. Au Yukon, par exemple, le ratio hommes-femmes était de 2 : 1 tandis qu'au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, il était de 7 : 1. En dernier lieu, dans les trois provinces pour lesquelles on dispose de données pertinentes, la proportion d'infections nouvellement déclarées chez les Autochtones, aussi varie considérablement.

Il y a même des différences marquées dans l'épidémie entre les régions d'une province ou d'un territoire. Au Québec et au Manitoba, par exemple, les personnes vivant avec le VIH/sida sont concentrées principalement et respectivement à Montréal et à Winnipeg. En Alberta, l'épidémie à Edmonton se retrouve en grande partie dans la catégorie d'exposition des UDI et touche les Autochtones, tandis qu'à Calgary il s'agit, en grande partie, de la catégorie des HRSH et touche les non-Autochtones.

Les faits ci-dessus témoignent de l'importance de la tendance manifeste dans la plupart des administrations des autorités régionales ou locales de santé; et des municipalités qui assument un rôle plus important dans la planification de la réponse à l'épidémie et la prestation de services. Elles sont peut-être le mieux placées pour comprendre les besoins locaux et y répondre.

On s'inquiète cependant du fait que l'épidémie représente plus qu'une priorité pour certaines autorités régionales ou locales de santé comparativement à d'autres et que l'accès au service n'est pas uniforme parmi ces autorités. Certains informateurs clés ont suggéré :

- que les gouvernements ont divisé la responsabilité à l'égard du VIH/sida au moyen de la régionalisation;
- qu'en raison de la régionalisation, aucun leader qui soit clairement désigné ne fait la promotion de la sensibilisation, de la planification et de l'action en matière de VIH/sida;
- que les gouvernements disposent de peu de mesures de responsabilisation valables visant à garantir l'uniformité, à renforcer la collaboration entre les régions ou à garantir la reconnaissance de tous à l'égard de l'importance de la menace d'une épidémie.

Même si les priorités des autorités régionales peuvent simplement refléter la prévalence, elles peuvent ne pas tenir compte de la réalité selon laquelle aucune communauté n'est immunisée et que chacune compte peut-être des personnes vivant avec le VIH/sida.

## 4.2 Définition d'une stratégie claire

La plupart des administrations ont clairement défini une stratégie de lutte contre le VIH/sida. Il s'agit de documents solides et approfondis qui présentent des renseignements utiles et intègrent ce que l'on connaît couramment à propos du VIH/sida, des conditions responsables de sa propagation et des efforts qu'il faut déployer pour lutter contre l'épidémie et réduire son impact. Dans la plupart des cas — par exemple en Ontario et en Nouvelle-Écosse — les stratégies sont le fruit de processus généraux qui ont contribué à établir des

partenariats et à promouvoir la compréhension parmi les différents intervenants. Ces stratégies sont généralement bien accueillies par les organismes du gouvernement et de la collectivité pour les renseignements, l'orientation, le contexte et l'encouragement qu'elles fournissent.

Toutefois, quelques intervenants non-gouvernementaux du VIH/sida ont remis en question certaines de ces stratégies, car :

- elles ne s'accompagnent pas d'un financement adéquat pertinent aux tâches et aux interventions dont elles font la promotion;
- elles n'incluent pas d'objectifs mesurables et d'exigences de responsabilisation et ne tentent pas de garantir l'accès partout dans la province ou dans le territoire;
- leur mise en œuvre suppose que les autorités régionales ou locales de santé partagent l'engagement à l'égard des buts et des objectifs de la stratégie;
- dans certains cas, elles ne semblent pas influencer de manière significative la politique et les initiatives gouvernementales.

Les stratégies constituent des documents très utiles et servent à diverses fins. Toutefois, pour que ces documents soient crédibles et efficaces, il faut définir des objectifs quantifiables et des mesures de responsabilisation et fournir des ressources adéquates. Ces éléments sont très souvent absents des stratégies des administrations.

Certaines administrations ont élargi la portée de leurs stratégies dans le but d'inclure les efforts déployés pour lutter contre toute une série de pathogènes à diffusion hémotogène et d'ITS. Cette mesure sert à plusieurs fins, par exemple la réduction du dédoublement et l'intégration des efforts visant un but commun. Certains informateurs clés ont également laissé entendre qu'elle peut aussi servir à accroître la sensibilisation et l'engagement politique compte tenu de la préoccupation plus récente à l'égard de l'hépatite C,

du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), du virus du Nil occidental et d'autres pathogènes. L'orientation élargie peut permettre aux organismes communautaires d'accéder à une gamme plus vaste de sources de financement, ce qui accroît du coup leur capacité et leur stabilité.

Toutefois, d'autres laissent entendre que l'intégration des activités liées au VIH/sida aux activités liées aux autres pathogènes pourrait fragiliser les efforts déployés pour lutter contre cette épidémie, particulièrement compte tenu du fait que le VIH est le plus souvent transmis, dans certaines administrations, par un comportement sexuel non protégé.

### 4.3 Organisation

Dans certaines administrations — celles où les épidémies sont plus graves — ils se trouvent des bureaux au sein du gouvernement avec des employés directement responsables de gérer la réponse au VIH/sida. Les responsabilités de ces bureaux sont vastes, notamment élaborer des politiques, coordonner et assurer la liaison avec les autres organismes gouvernementaux et communautaires, financer certaines activités communautaires ou de recherche, promouvoir la sensibilisation dans d'autres ministères et au sein du gouvernement, donner des conseils à propos des nouveaux progrès cliniques et sociaux et surveiller l'évolution de l'épidémie.

Dans la plupart des autres administrations, les activités liées au VIH/sida sont entreprises par une seule personne et ne représentent qu'un aspect de ses responsabilités. Malgré l'épidémie moins prononcée dans ces administrations, il est possible que ces personnes aient de la difficulté à se tenir constamment au courant de l'épidémie et à lui accorder l'attention qu'elle requiert.

Parallèlement, il semble que peu d'administrations aient des comités interministériels permanents chargés de se pencher sur les questions liées à l'épidémie. Cela peut limiter la capacité du gouvernement d'adopter une approche axée sur la santé de

la population dans ses initiatives et de veiller à ce que la gamme des soutiens soit en place pour réduire la vulnérabilité au VIH ou pour répondre adéquatement aux besoins des personnes vivant avec le VIH/sida. Par exemple, la politique d'aide sociale ne répond peut-être pas adéquatement aux besoins de ce groupe de personnes ou la politique de logement n'est pas compatible avec la stratégie sur le VIH/sida de l'administration en question. Cela peut signifier que les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle destinés aux écoles ne bénéficient pas des avis de ceux pour qui le VIH/sida et les autres pathogènes à diffusion hémotogène constituent une priorité.

À l'inverse, certaines administrations ont délibérément choisi de ne pas créer des comités interministériels pour éviter la bureaucratisation de leur intervention face à l'épidémie. Certaines administrations préfèrent plutôt des comités spéciaux qui mettent l'accent sur des questions, des problèmes ou des besoins précis.

Les informateurs clés ont unanimement insisté sur l'importance des organismes communautaires en tant que partenaires dans les efforts visant à lutter contre l'épidémie. Ils ont cependant fait valoir, à maintes reprises, à quel point ces organismes sont mis à rude épreuve à l'heure actuelle en raison :

- du nombre croissant de personnes vivant avec le VIH/sida;
- du niveau des besoins non comblés;
- de la difficulté inhérente de joindre les communautés éloignées et les communautés culturelles marginalisées.

La situation des organismes est exacerbée du fait qu'ils doivent assumer de plus en plus de responsabilités, comme la gestion de divers programmes de réduction des méfaits, notamment le programme d'échange de seringues ou le contact avec les personnes infectées par le virus de l'hépatite C ou à risque de le devenir.

Bien que les organismes soient disposés à assumer ces responsabilités supplémentaires, ils ont besoin de ressources adéquates pour bien s'en acquitter. Ils ont besoin d'une stabilité organisationnelle qui ne se concrétise qu'avec un financement opérationnel. Les informateurs clés ont suggéré que ce financement est vital pour la mise en place de l'infrastructure et le renforcement des capacités requises pour répondre de façon uniforme aux problèmes, qui ne vont pas se résorber dans un proche avenir. Même si le PACS répond à ce besoin pour certains organismes, de nombreux autres se démènent.

Quoique bon nombre de ces organismes entretiennent de bonnes relations durables avec les bailleurs de fonds de l'État, la perception que les exigences des demandes de financement, de la production de rapports et de la reddition de comptes et la responsabilisation sont des activités qui deviennent de plus en plus encombrantes. Certaines organisations communautaires ont suggéré que la participation des autorités régionales ou locales de santé ajoute à leur fardeau administratif. Ces organisations remarquent que ces exigences exigent trop de temps, d'efforts et d'énergie; et certaines d'entre elles ont décliné l'invitation de faire une demande de financement de projet.

Quant à l'organisation de la réponse au VIH/sida, un certain nombre d'informateurs clés voulaient que le gouvernement fédéral joue un rôle plus vigoureux, bien qu'une telle orientation ne soit pas endossée par toutes les administrations. Manifestement, le gouvernement fédéral contribue aux efforts à l'échelle provinciale, territoriale et communautaire, à travers le PACS, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits ou à travers le financement des organisations non gouvernementales nationales. Néanmoins, certains intervenants estiment que le gouvernement fédéral pourrait faire plus pour aider les provinces et territoires :

- en entreprenant une initiative nationale visant à accroître la sensibilisation;

- en élargissant l'initiative actuelle dans le but d'aider les administrations — les plus petites en particulier — à recueillir et à analyser des données épidémiologiques et à entreprendre la recherche sociale et les études par cohortes qui fourniront des renseignements sur les populations les plus vulnérables;
- en renforçant les bureaux régionaux de l'ASPC et de Santé Canada vu leur relation solide et positive avec les provinces et les territoires;
- en luttant contre l'épidémie chez les populations particulièrement vulnérables ou dans les domaines où l'ampleur du problème peut exiger des interventions qui dépassent la capacité des autorités locales.

Ces propositions ne sont cependant pas endossées par tous les gouvernements.

#### 4.4 Coordination et collaboration

Le plus souvent, et dans la plupart des provinces et territoires, il existe une relation solide entre les ministères, voire même entre les gouvernements, dans la lutte contre l'épidémie de VIH/sida.

Comme c'est le cas en Ontario, la relation entre les ministères peut s'établir de façon ponctuelle et se limiter aux questions spécifiques. Dans d'autres provinces ou territoires, comme dans le Nord, la taille relativement modeste des bureaucraties et leur structure non officielle peuvent faciliter l'établissement de relations efficaces. Dans bon nombre de provinces ou territoires, la relation entre les individus renforce la collaboration tandis que dans d'autres, cette collaboration peut bénéficier de l'expérience des personnes participant dans les comités interministériels.

La collaboration intergouvernementale est également solide entre les gouvernements fédéral et provinciaux, voire même avec les administrations municipales — à Winnipeg, à Prince Albert et à St. John's, par exemple — qui travaillent ensemble

à la réduction des méfaits et sur d'autres questions liées au VIH/sida. Dans le Canada atlantique, l'ASPC et les quatre gouvernements provinciaux travaillent ensemble et en collaboration au sein du comité fédéral-provincial-territorial de la région de l'Atlantique sur le sida. En Alberta, les gouvernements fédéral et provinciaux et les administrations municipales travaillent en parfait accord non pas seulement les uns avec les autres, mais également avec les organismes communautaires sur la planification, la définition de priorités et l'allocation d'un fonds fédéral-provincial commun. D'autres administrations sont en train d'essayer ou de concevoir des structures semblables qui regroupe le nombre d'intervenants différents dans une initiative commune.

Souvent, on constate aussi une relation solide, voire un partenariat, entre le gouvernement provincial et les bureaux régionaux de l'ASPC et de Santé Canada. Dans le même ordre d'idées, l'ASPC entretient des relations sérieuses avec les bureaux provinciaux-territoriaux responsables de la cueillette et de l'analyse de données épidémiologiques. Il semble cependant y avoir une relation moins solide entre les organismes responsables des services correctionnels et ceux responsables de façon plus directe de la santé et du VIH/sida, ou parmi les organismes responsables de la santé des Autochtones sur ou à l'extérieur des réserves.

Depuis quelques années, cet engagement à l'égard de la collaboration et de la coordination est confronté à un nouveau défi, après que les administrations aient confié une responsabilité plus ample aux autorités régionales, du district, ou locales de santé concernant la conception des services de santé et leur prestation. Vraisemblablement, l'approche veille à ce que ces services soient adaptés aux besoins locaux. Parallèlement, l'autonomie régionale ou locale — et l'absence d'exigences valables en matière de responsabilisation relative au VIH/sida — peut cependant causer la fragmentation ainsi que la réduction de la collaboration et de la coordination.

Dans certaines administrations, les informateurs clés ont également suggéré que les organisations Autochtones ne participent pas adéquatement à ces efforts de collaboration et de coordination. Dans certains cas, les organismes eux-mêmes ne perçoivent peut-être pas le VIH/sida comme une priorité. Dans d'autres cas, les structures ne sont peut-être pas adaptées à la réalité culturelle, ou le financement ne leur permet peut-être pas de participer. Dans toutes les administrations, les limites entre les domaines de responsabilité du gouvernement fédéral et de la province et entre les services sur et à l'extérieur de la réserve compliquent davantage la situation.

#### 4.5 Dépistage, prévention, soins et traitement

Chaque administration offre une gamme de services aux personnes vivant avec le VIH/sida. À cet égard, les difficultés ont davantage trait à l'accès, à l'intégralité et à la pertinence.

Toutes les administrations, par exemple, comprennent le concept de santé de la population et son importance dans la réduction de la vulnérabilité et la lutte à long terme contre l'épidémie. Toutes les administrations se rendent compte que les stigmatisations et la discrimination accentuent la vulnérabilité à l'infection au VIH et toutes les administrations, d'une certaine manière, abordent l'épidémie sous l'angle des droits de la personne. La plupart de ces administrations soutiennent les principes relatifs à la santé de la population et à l'égard des droits de la personne et, en effet, le rôle du gouvernement fédéral dans ce secteur est particulièrement prononcé. Pourtant, toutes les administrations doivent relever le défi de la mise en œuvre de ces principes. L'amélioration de la santé de la population est une entreprise à long terme mais l'élimination des périodes d'attente est une nécessité à court terme. Le plus souvent,

le financement est employé à l'élimination des périodes d'attente plutôt qu'à l'amélioration de la santé de la population.

Les administrations présentent également des similitudes concernant leurs services de soins et de traitement; et présentent des différences tenant à la quantité et la livraison des systèmes de prestation. La plupart des administrations, par exemple, offrent le test du VIH nominatif et non nominatif, et certaines offrent également le test anonyme. Toutes effectuent le test pour le VIH dans le cadre de leur dépistage prénatal. Comme l'indique le **tableau 7**, certaines administrations emploient un modèle d'adhésion volontaire, et d'autres, un modèle de renoncement volontaire.

**Tableau 7, modèles de consentement pour le dépistage prénatal du VIH, selon la province ou le territoire**

Province ou territoire	Adhésion volontaire	Renoncement volontaire
Colombie-Britannique	✓	
Alberta		✓
Saskatchewan	✓	
Manitoba		✓
Ontario	✓	
Québec		✓
Nouveau-Brunswick <sup>113</sup>		✓
Nouvelle-Écosse	✓	
Île-du-Prince-Édouard	–	–
Terre-Neuve-et-Labrador		✓
Nunavut	✓	
Territoires du Nord-Ouest		✓
Yukon	✓	

<sup>113</sup> La politique n'est pas encore en place au Nouveau-Brunswick, mais la province envisage d'adopter d'un modèle de renoncement volontaire, avec consentement éclairé.



En outre, la plupart des administrations offrent des renseignements en matière de prévention et de santé sexuelle dans leurs écoles — que ce soit relativement au VIH/sida particulièrement ou aux ITS de façon plus générale. Toutefois, les personnes les plus directement responsables dans le cas du VIH/sida ne participent pas forcément à ces initiatives dans chaque administration.

Les différentes administrations disposent de programmes ou d'organismes communautaires qui ciblent leurs efforts aux groupes particulièrement vulnérables, comme les Autochtones, les ressortissants des pays où le VIH est endémique, ou les utilisateurs de drogues injectables. La plupart des administrations sont dotées d'importants programmes de réduction des méfaits, comme les programmes d'échange de seringues, mais, dans au moins une administration, le programme ne bénéficie d'aucun financement du gouvernement. Certaines disposent d'unités mobiles qui apportent les seringues là où on en a besoin afin d'en garantir la disponibilité. D'autres ont déjà prévu des sites d'injection supervisés ou envisagent de le faire comme prochaine étape en vue de réduire au minimum les méfaits possibles.

Les administrations ont également prévu des programmes visant à faire en sorte que le faible revenu n'empêche pas les personnes vivant avec le VIH/sida d'accéder aux produits pharmaceutiques dont elles ont besoin. Dans une administration, ces produits peuvent être livrés par la poste afin de protéger la vie privée du client. Presque partout, la difficulté de ces programmes, tient non pas à l'accès aux médicaments, mais plutôt à la rapidité avec laquelle les nouveaux médicaments sont approuvés et à la portion des coûts que doivent assumer certaines personnes.

De même, le traitement est disponible partout au Canada, et, dans bon nombre d'endroits, des modalités permettent de communiquer les connaissances spécialisées des centres urbains aux petites collectivités et aux collectivités éloignées.

Toutefois, pour ces dernières, la stigmatisation et la discrimination toujours associées au VIH/sida et l'inquiétude de certaines personnes que leur état soit connu peuvent mettre en péril le traitement. Des informateurs clés ont laissé entendre que cette situation est particulièrement aiguë dans de nombreuses collectivités des Premières Nations, où l'on doit encore reconnaître ouvertement la réalité du VIH/sida.

La différence la plus prononcée entre les administrations tient aux soins communautaires fournis aux personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables à l'infection à VIH. L'Ontario, le Québec et le Manitoba, par exemple, ont des cliniques communautaires offrant un éventail complet et intégré de services en matière de logement, de transport, de soins à domicile, de soins palliatifs et d'autres services de soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida. D'autres administrations n'offrent pas grand-chose à cet égard. Les ressources limitées, le manque de sensibilisation et l'absence d'engagement politique empêchent certaines administrations d'intervenir de cette manière aussi exhaustive.

## 4.6 Connaissances

Chaque administration participe à des efforts destinés à accroître les connaissances sur le VIH/sida, au moins par la collecte et l'analyse des données de surveillance pour ensuite les partager avec l'ASPC. Les représentants provinciaux et territoriaux responsables de la surveillance reconnaissent le rôle important de l'ASPC à cet égard et la qualité du système canadien. Ils participent tous aux efforts déployés visant à déterminer s'il est possible de normaliser davantage les définitions et les méthodes de collecte des données. Les études par cohortes et les autres études ciblées financées par le gouvernement fédéral et certains gouvernements provinciaux enrichissent ces données.

Certains intervenants accueilleraient favorablement plus de leadership et d'orientation de la part du gouvernement fédéral en ce sens, bien qu'une telle orientation ne soit pas endossée par toutes les administrations. Ceux qui défendent cette position aimeraient que le gouvernement fédéral mette plus d'énergie à définir un système national normalisé et qu'il s'efforce de réduire au minimum les écarts manifestes entre les administrations. Ils reconnaissent cependant que le gouvernement fédéral n'a guère de pouvoir dans ce domaine et qu'il peut encourager seulement les autres administrations à suivre et à signaler les cas de certaines manières. Selon l'une des suggestions, il serait possible de les inciter à le faire si on étoffait le Programme d'agent de surveillance sur le terrain ou si un financement plus élevé était prévu expressément à cette fin.

Certains aimeraient également que le gouvernement fédéral entreprenne plus de recherches sociales, d'études par cohortes et d'études de retraçage qui permettraient de mieux comprendre les causes profondes de l'épidémie dans les différentes administrations. Ces études contribueraient certainement aux efforts axés sur le changement de comportement partout au Canada. Elles complèteraient également les travaux actuellement en cours dans les administrations où les épidémies sont plus prononcées. Les stratégies de l'Ontario et du Québec, par exemple, mettent un certain accent sur la recherche et fournissent un financement à cette fin. De même, la Colombie-Britannique offre un soutien au BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, au BC Centre for Disease Control et à la Knowledge Transfer Unit de l'Université de la Colombie-Britannique. Pour sa part, l'Alberta finance également un poste d'« agent de développement communautaire » dont le mandat est d'aider les organismes communautaires à entreprendre des recherches à l'échelle locale.

Les informateurs clés ont également laissé entendre qu'il faut s'efforcer d'élaborer des processus de recherche et de collecte des renseignements plus rapides et plus dynamiques. Actuellement, les nouvelles connaissances présentées dans les études universitaires et gouvernementales constituent rarement une nouveauté pour le grand public et les organismes communautaires. Ces sources veulent que l'on s'engage davantage à l'égard de la diffusion opportune des connaissances ainsi qu'à l'égard du transfert et de l'application des connaissances. À leur avis, la meilleure façon d'y parvenir consiste à recourir à des partenariats efficaces entre les chercheurs et les fournisseurs de services dans la collectivité ainsi qu'entre les établissements de recherche et les organismes communautaires. De plus, elles insistent sur l'importance de l'évaluation permettant de garantir l'amélioration continue des initiatives canadiennes.

L'une des suggestions était que les chercheurs doivent posséder une « mentalité axée sur le service » pour que leurs travaux aient une valeur pratique.

# 5 Conclusions

Même si l'épidémie de VIH/sida n'est pas nécessairement grave dans toutes les provinces et dans tous les territoires du Canada, on peut affirmer avec certitude qu'elle le sera à l'avenir. Dans certaines provinces et certains territoires affichant un faible nombre de nouveaux cas d'infection au VIH. Par exemple, l'incidence d'infection transmise sexuellement laisse croire à l'existence de pratiques sexuelles dangereuses qui accroissent le risque d'infection au VIH. Dans certaines communautés ainsi que dans les centres correctionnels fédéraux et provinciaux, la prévalence de l'usage de drogues par injection et de l'hépatite C illustre également le risque d'infection au VIH.

Rien ne permet de garantir que la décennie d'incidence décroissante se poursuivra à l'avenir.

## 5.1 Des bases solides

Au Canada, toutes les provinces et tous les territoires ont réagi à l'épidémie du VIH/sida, et la plupart se sont dotés de bases solides pour faire face à l'épidémie actuelle et y réagir à l'avenir, le cas échéant. Dans la majorité des cas, on a établi une stratégie exhaustive, solide et réfléchie en vue d'orienter les intervenants. Certaines disposent de structures officielles pour la gestion de la politique et des activités sur le VIH/sida tandis que d'autres

les gèrent de manière moins structurée, mais non moins efficace.

Toutes les provinces et tous les territoires assurent un contrôle de l'épidémie et tentent d'améliorer leurs systèmes de surveillance et de reddition de comptes. Les systèmes de santé publique s'efforcent de veiller à ce que les partenaires soient notifiés et de tenir des activités de sensibilisation au VIH/sida et à la santé en matière de sexualité dans leurs écoles et auprès des populations à risque. Les provinces et territoires intègrent le dépistage du VIH à leurs programmes de dépistage prénatal respectifs et peuvent assurer un dépistage nominatif, non nominatif et, parfois, anonyme.

De plus, toutes les provinces et tous les territoires misent sur des projets et des organismes (dont certains, dans quelques provinces, bénéficient d'un financement non pas provincial ou territorial, mais bien fédéral) afin de réduire la vulnérabilité et les préjudices et de fournir des soins et du soutien. Dans bon nombre de cas, la responsabilité incombe aux autorités de santé locales et, dans bon nombre de provinces ou territoires, les administrations municipales participent activement aux efforts de lutte contre l'épidémie. À certains endroits, les divers intervenants gouvernementaux et communautaires travaillent ensemble à définir les priorités et à

affecter les ressources. Il arrive aussi que les intervenants s'efforcent de trouver des moyens de dépasser les obstacles qui minent actuellement les efforts pour offrir un éventail uniforme de services et de soutien aux Autochtones.

Le traitement et les médicaments sont disponibles pratiquement partout au Canada et des mécanismes sont en place pour veiller à ce que les médecins aient accès aux conseils et au soutien dont ils ont besoin pour dispenser des soins de qualité. Cela signifie que toute personne — y compris les personnes marginalisées — bénéficie de bons soins, qu'elle se trouve en milieu urbain ou rural ou encore en région éloignée. Le problème n'ayant été résolu nulle part a trait à la réticence d'un grand nombre de petites communautés à reconnaître qu'il y a un problème et à prendre des mesures de sensibilisation et de prévention.

De plus, à la lumière de deux décennies d'expérience, on s'entend sur les mesures qui s'imposent pour lutter efficacement contre l'épidémie, comme les régimes de traitement particulier, les partenariats communautaires, les services culturellement adaptés, les efforts de prévention ciblés à long terme, la diversité d'initiatives de réduction des méfaits, l'accent sur les populations à risque et les efforts pour lutter contre la stigmatisation des personnes infectées par le VIH. La plupart comprennent également l'importance que revêt l'adoption d'un modèle de santé de la population et d'un cadre des droits de la personne pour la prévention efficace et à long terme de l'infection au VIH.

On ne pourrait affirmer, toutefois, que ce modèle ou ce cadre de travail est en place partout au Canada, ou que toutes les administrations agissent à la lumière des connaissances dont elles disposent. Les intervenants du VIH/sida ont mis l'accent sur le besoin d'avoir un style de leadership progressif, une sensibilisation publique accentuée et plus de ressources pour combler le vide là où le modèle n'existe pas.

## 5.2 Renforcement des efforts au Canada

Les portraits provinciaux et territoriaux, le portrait national et les informateurs clés du projet permettent tous de cerner des moyens de miser sur les fondations solides existantes en vue de renforcer les efforts du Canada pour contrer l'épidémie de VIH/sida.

D'abord, il faut déployer des efforts en vue de sensibiliser le public, lui faire comprendre que la situation est préoccupante et de « veiller à remettre le VIH/sida sur la place publique ». On pourrait, par exemple, lancer des campagnes nationales de sensibilisation et d'éducation, et assurer une diffusion plus étendue et plus rapide des données de surveillance et de l'information épidémiologique. On pourrait aussi déployer des efforts en vue d'intégrer le VIH/sida aux campagnes relatives à d'autres agents pathogènes à diffusion hématogène et aux infections transmissibles sexuellement, même si une telle approche comporte sa part d'avantages et d'inconvénients. Cette approche permettrait, au moins, d'inscrire le VIH/sida dans le contexte plus large de la santé publique, voire de la santé de la population.

Deuxièmement, il est nécessaire de continuer à accroître l'engagement politique et le leadership pour faire face à l'épidémie de façon vigoureuse et exhaustive. L'engagement politique et le leadership sont essentiels pour :

- promouvoir la sensibilisation du public, fournir une orientation claire, lutter contre les préjugés et prévenir la discrimination;
- obtenir les ressources nécessaires pour acquérir, diffuser et appliquer de nouvelles connaissances pour prévenir efficacement la propagation de l'épidémie, et pour fournir des soins, des traitements et des services de soutien appropriés;
- veiller à ce que les services de prévention, de traitement, de soins et de soutien soient accessibles à tous les Canadiens.

Troisièmement, la sensibilisation du public et les dépenses gouvernementales au Canada doivent passer du traitement des maladies à la santé de la population, de la technologie médicale au bien-être des enfants, et des traitements palliatifs à court terme aux solutions durables. Les efforts pour promouvoir la santé de la population — par exemple, en mieux protégeant les enfants contre la violence ou en offrant des logements adéquats — sont essentiels à la prévention des infections au VIH dans l'avenir.

Il n'y a toujours pas de remède pour le VIH/sida, pas de vaccin pour prévenir l'infection ou de façon de garantir le comportement sécuritaire chez les personnes actuellement infectées. Le contrôle de l'épidémie exige donc que l'on déploie des efforts pour s'attaquer aux causes profondes de la vulnérabilité au VIH, notamment la pauvreté et la discrimination. Voilà un défi de taille, qui supposera un changement de cap auquel les gouvernements échappent depuis de nombreuses années déjà. Toutefois, ce changement est absolument essentiel si le Canada veut parvenir à surmonter le problème et régler d'autres épidémies.

Quatrièmement, la gestion efficace de l'épidémie exigera qu'on déploie des efforts continus pour bénéficier des mécanismes de coopération existants et des partenariats plus efficaces entre les gouvernements et entre les secteurs, à des fins de planification, d'exécution et de financement des programmes. Cela suppose qu'on renforce et qu'on stabilise les organismes communautaires, lesquels éprouvent actuellement de la difficulté à faire face à une clientèle et à des besoins toujours croissants, ainsi qu'à un éventail de plus en plus large de problèmes. Cela suppose aussi qu'on déploie des efforts pour lutter plus efficacement contre l'épidémie au sein de la population autochtone, notamment en luttant contre les préjugés qui persistent dans les petites localités, en surmontant les attitudes prudentes à l'égard de l'éducation en matière de santé sexuelle et en réglant les problèmes des administrations qui dispensent des services selon le lieu de résidence.

Le VIH/sida est une maladie complexe qui évolue constamment. Au cours des dernières décennies, les gouvernements au Canada ont établi des bases solides pour lutter contre la maladie et l'épidémie. Toutefois, la détermination à ce niveau s'est atténuée avec le temps, lorsque de nouvelles priorités sont apparues. Pour que les Canadiens luttent efficacement contre l'épidémie de VIH/sida, il faut renouveler notre engagement à agir au moyen de partenariats, partout au Canada.

# Bibliographie

- Alberta Blood-borne Pathogens Surveillance Working Group. 2003. Alberta Blood-borne Pathogens Surveillance Report 2003. Edmonton, AB. Alberta Health and Wellness.
- Alberta Community Council on HIV. n.d. *What is the Alberta Community HIV Fund?* <http://www.acch.ca/HIVachf.htm>.
- Alberta Health and Wellness and Health Canada. 2001. Alberta Aboriginal HIV Strategy, 2001-2004. Spring.
- Alberta. 1999. HIV in Alberta, 1998/99 – 2002. Alberta Health Strategy. Alberta Health and Wellness. March.
- BC Aboriginal AIDS Task Force. 1999. The Red Road, Pathways to Wholeness: An Aboriginal Strategy for HIV and AIDS in BC.
- BC Centre for Disease Control. 2000. Chee Mamuk, "New Work." A Report on the HIV Epidemic Among Aboriginal People in British Columbia for the Year 2000. STD/AIDS Control and Chee Mamuk.
- British Columbia Centre for Disease Control Society. 2000. HIV/AIDS Update, Annual 2000. Prepared by Robbie G. MacDougall, Michael L. Rekart, et. al.
- British Columbia Centre for Disease Control Society. 2001. HIV/AIDS Update, Annual 2001. Prepared by Robbie G. MacDougall, Michael L. Rekart, et. al.
- British Columbia Centre for Disease Control Society. 2002. HIV/AIDS Update, Annual 2002. Prepared by Robbie G. MacDougall, Michael L. Rekart, et. al.
- British Columbia. 2003. Priorities in Action in Managing the Epidemics. HIV/AIDS in B.C.: 2003-2007. BC Ministry of Health Planning and BC Ministry of Health Services. September.
- Canada, Conseil ministériel sur le VIH/sida. Groupe de travail spécial sur les questions autochtones. 2001. Analyse de situation : un document d'information sur le VIH/sida chez les Autochtones. Ottawa: Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Canada, Santé Canada. 2000. Tendances nationales relatives au sida et à l'infection à VIH au Canada. Relevé des maladies transmissibles au Canada. Vol. 26(23), décembre. Canada, Santé Canada. 2003(a). Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2002. Relevé des maladies transmissibles au Canada. Vol. 29(23), décembre.
- Canada, Santé Canada. 2003(b). Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. Mai.

- Canada, Santé Canada. 2003(c). Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 30 juin 2003. Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. Novembre.
- Canada, Santé Canada. 2003(d). Rapport 2003 du gouvernement du Canada au secrétaire général des Nations Unies sur la Déclaration d'engagement issue de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida.
- Canada, Santé Canada. 2004(a). Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 2003. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Avril.
- Canada, Santé Canada. 2004(b). I-Track : surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada. Rapport sur l'enquête pilote. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Février.
- Canada, Service correctionnel du Canada. 2003. Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001.
- Direction de la santé publique de Montréal. 2002. Portrait de l'épidémie VIH/Sida au Québec. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre.
- Elliott L, Blanchard J. 1999. The Winnipeg Injection Drug Epidemiology Study: A Study of the Epidemiology of Injection Drug Use and HIV Infection in Winnipeg, Manitoba. Final Report.
- Jurgens, R. 1996. VIH/sida et prisons : rapport final. Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida. (<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons/prsommF.html>)
- Manitoba Health. 2001(a). Provincial Sexually Transmitted Diseases Control Strategy. Communicable Disease Control Unit. August.
- Manitoba Health. 2001(b). Communicable Disease Management Protocol. HIV Infection and AIDS. Communicable Disease Control Unit. November.
- Manitoba Health. 2002. An Update on the Continuing Implementation of the Manitoba Provincial AIDS Strategy. Communicable Disease Control Unit. Winter.
- Manitoba Health. 2003. Manitoba Health Statistical Update on HIV/AIDS, 1985-June 2003. Communicable Disease Control Unit.
- Manitoba. Santé Manitoba. 1995. Stratégie provinciale du Manitoba sur le SIDA.
- Manitoba, Public Health. 2003. Communicable Disease Control Unit. Manitoba Health Statistical Update on HIV/AIDS 1985-June 2003. Manitoba Health, July 15, 2003.
- Manitoba, Public Health. Communicable Disease Control Unit. Reportable Diseases Manitoba. CDC Annual Review Calendar Year 2001. Manitoba Health.
- Manitoba Sexuality Education Resource Centre. <http://www.serc.mb.ca/>.
- Manitoba. 2003(a). La présidente de la table ronde sur la stratégie autochtone sur le sida est nommée à l'occasion de la Journée mondiale du sida. Le 1<sup>er</sup> décembre.
- Manitoba. 2003(b). Manitoba Statistical Update on HIV/AIDS, 1985-June 2003. July 15, 2003.
- Northwest Territories. 2004. Notifiable Diseases for the NWT, October 2003 – December 2003. Epi North, Vol. 16(1).
- Nova Scotia Advisory Commission on AIDS. 2003. Nova Scotia's Strategy on HIV/AIDS.
- Ontario Advisory Committee on HIV/AIDS. 2002. A Proposed HIV/AIDS Strategy for Ontario to 2008. June.

- Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care. 2002. Public Health and Epidemiology Report Ontario. 13(7), September 30.
- Ontario. 1997. Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires. Ministère de la Santé, Direction de la santé publique. Décembre.
- Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2003. Portrait de l'épidémie VIH/Sida au Québec, décembre 2002. **Adaptation prepared by the [à traduire]** Direction de la santé publique de Montréal.
- Québec, Santé et Services sociaux. 1999. Sida en milieu de travail : investir dans l'action, et comment!
- Québec, Santé et Services sociaux. 2000. Répertoire d'activités d'enseignement et d'apprentissage en lien avec les programmes d'études adaptés : la prévention du sida et des autres MTS dans une perspective d'éducation à la sexualité chez les élèves présentant une déficience intellectuelle.
- Québec, Santé et Services sociaux. 2002. Portrait de l'infection par le VIH et du SIDA au Québec. Décembre 2002. Analyses et surveillance.
- Québec, Santé et Services sociaux. 2003. Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Cas Cumulatifs 1979-2003.
- Québec, Santé et Services sociaux. 2004. Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le SIDA, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. Orientations 2003-2009.
- Québec. 2003. Surveillance de l'infection par le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Rapport préliminaire 2002-2003. Santé et Services sociaux.
- Remis, Robert et. al. 1998. Report on HIV/AIDS in Ontario, 1981 to 1996.. Prepared for the AIDS Bureau, Ministry of Health. July.
- Remis, Robert et. al. 1999. Report on HIV/AIDS in Ontario, 1997-1998. Prepared for the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. November.
- Remis, Robert S. et. al. 2001. Report on HIV/AIDS in Ontario, 2000. Prepared for the AIDS Bureau, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. December.
- Remis, Robert S. et. al. 2002. Report on HIV/AIDS in Ontario, 2001. Prepared for the AIDS Bureau, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. November.
- Remis, Robert S. et. al. 2003. Report on HIV/AIDS in Ontario, 2002. Prepared for the AIDS Bureau, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. November. ([www.phs.utoronto.ca/ohemu](http://www.phs.utoronto.ca/ohemu))
- Saskatchewan Health, the Prince Albert Health District and Health Canada. 1998. Prince Albert Seroprevalence and Risk Behaviour Survey.
- Saskatchewan Health, the Regina Health District and Health Canada. 2000. The Regina Seroprevalence Study: A Profile of Injection Drug Use in a Prairie City.
- Saskatchewan Health. 2004. Guidelines for the Management of Potential Exposures to Hepatitis B, Hepatitis C, HIV and Recommendations for Post-Exposure Prophylaxis. Saskatchewan Subcommittee on HIV/AIDS. January.
- Saskatchewan, Provincial Health Strategy Team. 2002. At Risk: Recommendations for a Strategy on HIV, Blood-borne Pathogens and Injection Drug Use. Regina.
- Spigelman, Martin. 2003. Devancer l'épidémie du VIH/sida : le rôle du gouvernement fédéral dans la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, 1998-2008. Préparé pour le compte de Santé Canada et du Comité consultatif pour l'examen quinquennal. Juin.
- Yukon. 2004. Yukon Health Status Report, 2003.



# Annexe A

## Représentants du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida

### Co-présidents/Co-Chairs

#### **Ontario**

M. Frank McGee, coordonnateur  
AIDS Bureau, Community Health Branch  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Téléphone : (416) 327-8797  
Courriel : [frank.mcgee@moh.gov.on.ca](mailto:frank.mcgee@moh.gov.on.ca)

#### **Canada**

D<sup>r</sup> Frank Plummer, directeur général  
Centre de prévention et de contrôle des maladies  
infectieuses, Agence de santé publique du Canada  
Téléphone : (613) 941-4339  
Courriel : [frank\\_plummer@hc-sc.gc.ca](mailto:frank_plummer@hc-sc.gc.ca)

### Membres/Members

#### **Nouvelle-Écosse**

M<sup>me</sup> Mahnaz Farhang Mehr  
Coordinator, Communicable Disease  
Prevention and Control  
Téléphone : (902) 424-1748  
Courriel : [Farhanma@gov.ns.ca](mailto:Farhanma@gov.ns.ca)

#### **Alberta**

D<sup>r</sup> Ameeta Singh  
Infectious Diseases Medical Consultant  
Office of the Provincial Health Officer  
Téléphone : (780) 415 2825  
Courriel : [ameeta.singh@gov.ab.ca](mailto:ameeta.singh@gov.ab.ca)

#### **Saskatchewan**

M. John Mitchell, HIV/BBP/IDU Consultant  
Population Health  
Téléphone : (306) 787-2633  
Courriel : [jmitchell@health.gov.sk.ca](mailto:jmitchell@health.gov.sk.ca)

#### **Québec**

M<sup>me</sup> Lise Guérard, chef de service  
Service de lutte contre les infections transmissibles  
sexuellement et par le sang  
Téléphone: (514) 873-9892  
Courriel: [lise.guerard@msss.gouv.qc.ca](mailto:lise.guerard@msss.gouv.qc.ca)

**Territoires du Nord-Ouest**

D<sup>re</sup> Kami Kandola, Medical Health Officer  
Stanton Territorial Health Authority  
Téléphone : (867) 669-9032  
Cell. : (867) 444-3845  
Courriel : [kami\\_kandola@gov.nt.ca](mailto:kami_kandola@gov.nt.ca)

**Yukon**

D<sup>r</sup> Bryce Larke  
Yukon Medical Health Officer  
Téléphone : (867) 667-5716  
Courriel : [bryce.larke@gov.yk.ca](mailto:bryce.larke@gov.yk.ca)

**Manitoba**

M<sup>me</sup> Trina Larsen, Program Coordinator  
HIV/AIDS & HCV  
Téléphone : (204) 788-6787  
Courriel : [tlarsen@gov.mb.ca](mailto:tlarsen@gov.mb.ca)

**Nouveau-Brunswick**

M<sup>me</sup> Beth McGinnis, Project Manager  
Public Health Management Services  
Téléphone : (506) 444-2158  
Courriel : [BethMc@gnb.ca](mailto:BethMc@gnb.ca)

**Île-du-Prince-Édouard**

M<sup>me</sup> Anne Neatby, Coordinator  
Communicable Diseases and Immunization  
Programs, Office of the Chief Health Officer  
Téléphone : (902) 368-5272  
Courriel : [amneatby@gov.pe.ca](mailto:amneatby@gov.pe.ca)

**Colombie-Britannique**

M. Warren O'Briain, Director  
HIV and Addictions, Prevention  
and Wellness Planning  
Téléphone : (250) 952-2481  
Courriel : [Warren.OBriain@gems6.gov.bc.ca](mailto:Warren.OBriain@gems6.gov.bc.ca)

**Nunavut**

M<sup>me</sup> Carolina Palacios, CDC Consultant  
Téléphone : (867) 975-5787  
Courriel : [cpalacios@gov.nu.ca](mailto:cpalacios@gov.nu.ca)

**Terre-Neuve-et-Labrador**

M. Morgan Pond  
Department of Health & Community Services  
Téléphone : (709) 729-3769  
Courriel : [mpond@gov.nl.ca](mailto:mpond@gov.nl.ca)

**Canada**

M. Grafton Spooner, directeur intérimaire  
Division des politiques, de la coordination et des  
programmes sur le VIH/sida, Agence de santé  
publique du Canada  
Téléphone : (613) 941-2673  
Courriel : [Grafton\\_Spooner@hc-sc.gc.ca](mailto:Grafton_Spooner@hc-sc.gc.ca)

**Canada**

D<sup>r</sup> Chris Archibald, directeur  
Division de la surveillance et de l'évaluation  
des risques  
Agence de santé publique du Canada  
Téléphone : (613) 941-3155  
Courriel : [chris\\_archibald@hc-sc.gc.ca](mailto:chris_archibald@hc-sc.gc.ca)

**Canada**

M. Daniel Tardif, directeur  
Division du contrôle des maladies transmissibles  
Direction générale de la santé des  
Premières nations et des Inuits  
Santé Canada  
Téléphone : (613) 948-6405  
Courriel : [daniel\\_tardif@hc-sc.gc.ca](mailto:daniel_tardif@hc-sc.gc.ca)

**Canada**

M. Alan Sierolawski, gestionnaire  
Programme national des maladies infectieuses  
Service correctionnel du Canada  
Téléphone : (613) 947-4887  
Courriel : [SierolawskiAR@CSC-SCC.GC.CA](mailto:SierolawskiAR@CSC-SCC.GC.CA)

**Secrétariat/Secretariat****Agence de santé publique**

M<sup>me</sup> Meredith Willis, consultante en programme  
Division des politiques, de la coordination  
et des programmes sur le VIH/sida  
Téléphone : (613) 946-6675  
Courriel : [meredith\\_willis@hc-sc.gc.ca](mailto:meredith_willis@hc-sc.gc.ca)

**Agence de santé publique**

M<sup>me</sup> Tanya Lary, gestionnaire intérimaire  
Division des politiques, de la coordination  
et des programmes sur le VIH/sida  
Téléphone : (613) 954-0628  
Courriel : [Tanya\\_Lary@hc-sc.gc.ca](mailto:Tanya_Lary@hc-sc.gc.ca)

# Annexe B

## Aperçu du projet

### Un Portrait national : Rapport sur l'épidémie de VIH/sida au Canada

#### APERÇU

Le VIH/sida a décimé les collectivités vulnérables du Canada et causé 13 000 décès. Aujourd'hui, plus de 55 000 personnes vivent avec le VIH/sida. Les gouvernements ont répondu à l'épidémie de diverses façons. Leurs efforts ont toutefois été compromis par le manque d'information détaillée et aisément disponible, non pas seulement sur l'épidémie dans chacune des administrations du pays, mais aussi sur les mesures prises par chacune d'entre elles en matière de politiques et de programmes.

Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida élabore le présent portrait national dans le but de combler ce manque d'information. Il a pour objectifs :

- d'examiner l'épidémie de VIH/Sida dans les diverses administrations canadiennes;
- de résumer les diverses mesures prises par chaque administration en matière de politiques, de programmes;
- de cerner les préoccupations actuelles.

Le portrait national pourrait être la base d'une réponse intergouvernementale plus uniforme à l'épidémie et faisant preuve d'une collaboration accrue.

Le Dr Martin Spigelman prépare ce portrait à l'intention du Comité consultatif en misant sur ses travaux antérieurs pour le Conseil ministériel sur le VIH/sida et pour Santé Canada, tel son examen du rôle du gouvernement fédéral dans le cadre de la SCVS, 1998-2003 ([http://www.hc-sc.ca/hppb/hiv\\_aids/can\\_strat/publications/ahead.html](http://www.hc-sc.ca/hppb/hiv_aids/can_strat/publications/ahead.html)).

Le Dr Spigelman réexaminera les données épidémiologiques ainsi que d'autres documents nationaux, provinciaux et territoriaux traitant du VIH/sida et interviewera divers informateurs clés gouvernementaux et non gouvernementaux.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec :

**Tanya Lary**

Division des politiques, de la coordination  
et des programmes sur le VIH/sida

Agence de santé publique

Tél. : (613) 954-0628

Télécopieur : (613) 952-3556

Courriel : [tanya\\_lary@hc-sc.gc.ca](mailto:tanya_lary@hc-sc.gc.ca)

# Annexe C

## Modèle des données de surveillance

Province ou territoire	Année			
	2002	2001	2000	1995
<b>Indicateur</b>				
<b>Estimation de la prévalence</b>				
<b>Cas de sida</b>				
Nombre de cas de sida déclarés par année				
Nombre cumulatif de cas de sida déclarés				
Cas de sida nouvellement déclarés, selon le sexe				
Homme				
Femme				
Cas de sida nouvellement déclarés, selon la catégorie d'exposition				
HRSH				
UDI				
Contact hétérosexuel				
Cas de sida nouvellement déclarés, selon l'âge				
Enfants et jeunes				
Adultes				
Aînés				
Décès reliés au sida				

## Province ou territoire

Indicateur	Année			
	2002	2001	2000	1995
<b>Infection à VIH</b>				
Nombre total de cas de VIH déclarés				
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon la catégorie d'exposition				
HRSH				
UDI				
Contact hétérosexuel				
VIH/sida — Pays endémiques				
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon le sexe				
Homme				
Femme				
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon l'origine ethnique				
Autochtone				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Homme</li> <li>• Femme</li> </ul>				
Asiatique (selon le sexe, si disponible)				
Noir (selon le sexe si disponible)				
Autre (selon le sexe, si disponible)				
Cas d'infection à VIH nouvellement déclarés, selon l'âge				
Période périnatale				
Jeunes (15 à 24 ans)				
Adultes (âge...)				
Adultes (âge...)				
Aînés				

# Annexe D

## Informateurs clés et guide d'entrevue

Informateurs clés	Organisme
<b>Colombie-Britannique</b>	
Warren O'Briain	Gouvernement
D <sup>r</sup> Perry Kendall	Gouvernement
Erik Ages	Organisme communautaire
Mikki Hanson	Organisme communautaire
D <sup>re</sup> Elizabeth Whynot	Provincial Health Services Authority
<b>Alberta</b>	
D <sup>r</sup> Ameeta Singh	Gouvernement
Linda Findlay	Gouvernement
D <sup>r</sup> S. Houston	Gouvernement
Sherry McKibbon	Organisme communautaire
Denise Lambert	Organisme communautaire
Angela Kaida	Gouvernement
<b>Saskatchewan</b>	
John Mitchell	Gouvernement
D <sup>r</sup> Ross Findlater	Gouvernement
Christine Smith	Organisme communautaire
Margaret Akan	Organisme communautaire

## Informateurs clés

## Organisme

### Manitoba

Trina Larsen	Gouvernement
D <sup>re</sup> Carole Beaudoin	Gouvernement
Michelyn Wood	Gouvernement
Daryn Bond	Organisme communautaire
John Stinson	Organisme communautaire

### Ontario

Frank McGee	Gouvernement
D <sup>r</sup> Robert Remis	Université
D <sup>re</sup> Kirsten Rottensten	Gouvernement
Nancy Peroff	Gouvernement
Rick Kennedy	Organisme communautaire

### Québec

Lise Guérard	Gouvernement
D <sup>r</sup> Bruno Turmel	Gouvernement
Luc Gagnon	Organisme communautaire
Lyse Pinault	Organisme communautaire

### Nouveau-Brunswick

Maureen McIntosh	Gouvernement
Haley Flaro	Organisme communautaire
D <sup>re</sup> Maureen Baikie	Gouvernement
Julie Dingwall	Organisme communautaire

### Nouvelle-Écosse

Mahnaz Farhang Mehr	Gouvernement
Larry Baxter	NS Advisory Commission
Robert Allen	Organisme communautaire

### Île-du-Prince-Édouard

Robin MacArthur	Santé Canada
Barb Gibson	Organisme communautaire

### Terre-Neuve-et-Labrador

Morgan Pond	Gouvernement
Cathy O'Keefe	Gouvernement
Michelle Boutcher	Organisme communautaire



## Informateurs clés

## Organisme

---

### Nunavut

---

Carolina Palacios	Gouvernement
-------------------	--------------

---

### Territoires du Nord-Ouest

---

D <sup>re</sup> Kami Kandola	Gouvernement
------------------------------	--------------

---

Wanda White	Gouvernement
-------------	--------------

---

Jill Christensen	Organisme communautaire
------------------	-------------------------

---

### Yukon

---

D <sup>r</sup> Bryce Larke	Gouvernement
----------------------------	--------------

---

Colleen Hemsley	Gouvernement
-----------------	--------------

---

Janet LeCamp	Organisme communautaire
--------------	-------------------------

---

### Canada

---

D <sup>r</sup> Christopher Archibald	Santé Canada, DGSPSP
--------------------------------------	----------------------

---

Jennifer Geduld	Santé Canada, DGSPSP
-----------------	----------------------

---

D <sup>r</sup> Marcus Lem	Santé Canada, DGSPNI
---------------------------	----------------------

---

# GUIDE D'ENTREVUE DES INFORMATEURS CLÉS

Note :Voici les acronymes sous la colonne « informateurs clés » dans le tableau suivant :

- FPT — représentant de l'administration au comité consultatif FPT
- MHC — médecins hygiénistes en chef de l'administration
- AA — autres employés du gouvernement ou de l'autorité de santé désignés par le représentant FPT
- RC — représentant(s) des organismes communautaires de services liés au VIH/sida ou d'autres organismes

Questions touchant la politique et le programme	Informateurs clés
<b>A. Administration et prestation</b>	
1. Votre administration dispose-t-elle d'une stratégie particulière sur le VIH/sida ou d'une série d'activités et d'initiatives? Avantages/inconvénients?	<ul style="list-style-type: none"><li>• FPT</li><li>• MHC</li><li>• RC</li></ul>
2. Y a-t-il un bureau du gouvernement directement responsable des questions liées au VIH/sida? Responsabilités; nombre d'employés? Dans la négative, de quelle manière gère-t-on les activités liées au VIH/sida?	<ul style="list-style-type: none"><li>• FPT</li></ul>
3. Y a-t-il un comité interministériel chargé des questions liées au VIH/sida? Quelles sont les personnes qui y participent et quel est leur rôle? Réalisations?	<ul style="list-style-type: none"><li>• FPT</li><li>• MHC</li><li>• AA</li></ul>
4. Retrouve-t-on des autorités régionales ou locales de santé dans cette administration? Dans l'affirmative, quel est leur rôle dans la planification ou l'administration de la réponse de l'administration au VIH/sida? Liens avec l'autorité provinciale ou territoriale? Y a-t-il des plans régionaux de service liés au VIH/sida? L'accès et les services sont-ils uniformes entre les régions?	<ul style="list-style-type: none"><li>• FPT</li><li>• AA</li><li>• RC</li></ul>
<b>B. Coordination et coopération</b>	
5. Y a-t-il un comité ou une autre structure pour assurer la liaison continue entre le gouvernement, les organismes communautaires et (ou) les autorités de santé? Quelles sont les personnes qui y participent et quels sont leurs rôles, leurs responsabilités et leurs activités? Réalisations et efficacité?	<ul style="list-style-type: none"><li>• FPT</li><li>• AA</li><li>• RC</li></ul>
6. Quelle est la nature et la portée de la coopération intergouvernementale, p. ex. avec Santé Canada ou le Service correctionnel du Canada? Autre? Points forts et lacunes? Mesures d'amélioration?	<ul style="list-style-type: none"><li>• FPT</li></ul>
7. Quelle est le rapport, le cas échéant, avec les autres stratégies de santé? Liens en matière de financement, de données ou de politiques? Points forts et lacunes?	<ul style="list-style-type: none"><li>• FPT</li><li>• MHC</li><li>• AA</li></ul>
8. Avantages/inconvénients, défis/occasions associés au travail en coopération entre les administrations, les ministères et les responsables de la santé?	<ul style="list-style-type: none"><li>• FPT</li><li>• MHC</li><li>• RC</li></ul>
<b>C. Financement</b>	
9. Cette administration a-t-elle indiqué spécifiquement le financement réservé au VIH/sida? Quel est le montant et qu'a-t-on inclus dans le calcul?	<ul style="list-style-type: none"><li>• FPT</li><li>• AA</li></ul>
10. (Le cas échéant) Quel est le système prévu pour l'affectation et la dépense des fonds liés au VIH/sida par l'entremise des autorités de santé ou des organismes communautaires?	<ul style="list-style-type: none"><li>• FPT</li><li>• AA</li></ul>

<b>Questions touchant la politique et le programme</b>	<b>Informateurs clés</b>
<b>D. Prévention, traitement et soins</b>	
11. A-t-on prévu des initiatives particulières visant à éduquer ou à informer les enseignants, les professionnels de la santé ou les autres groupes à propos du VIH/sida? A-t-on prévu des protocoles pour les professionnels de la santé et (ou) d'autres personnes?	• FPT
12. Y a-t-il des initiatives particulières à l'intention des employeurs ou destinées au milieu de travail?	• FPT
13. Y a-t-il un programme spécial pour la fourniture de médicaments antirétroviraux? Les coûts sont-ils assumés par le gouvernement?	• FPT • MHC
14. Dépistage prénatal? Pourcentage de participation? Pourcentage de personnes infectées par le VIH qui reçoivent des antirétroviraux?	• FPT • MHC
15. Y a-t-il des programmes spéciaux pour répondre aux besoins particuliers des personnes vivant avec le VIH/sida (logement, transport, soins de relève, soins palliatifs, etc.)?	• FPT • AA • RC
<b>E. Test</b>	
16. Politiques ou protocoles de l'administration concernant le dépistage du VIH? Nominatif, non nominatif, anonyme? Nombre ou pourcentage ayant subi le test chez les femmes enceintes, les détenus dans les centres correctionnels et (ou) les autres personnes?	• FPT
<b>H. Connaissances, recherche et évaluation</b>	
17. Qui est responsable de la collecte, de l'analyse et de la diffusion des données épidémiologiques? Dans quelle mesure et de quelle manière cette information est-telle mise en commun avec Santé Canada, d'autres administrations, municipalités, autorités de santé et ONG/OSS? Points forts/lacunes du système national de rapports sur l'épidémiologie?	• FPT • RC
18. Dans quelle mesure les administrations financent-elles la recherche et l'évaluation, y compris les évaluations de programmes communautaires?	• FPT • RC
19. Quel est le mode de diffusion des nouvelles connaissances concernant le traitement ou les meilleures pratiques? Efforts déployés pour l'application des nouvelles connaissances? Points forts et lacunes de ces efforts?	• FPT • RC
<b>I. Conclusions et recommandations</b>	
20. Tendances anticipées, 2004 — 2010?	• Tous
21. Questions d'actualité? Questions émergentes?	• Tous
22. Mécanismes de renforcement de la réponse de l'administration au VIH/sida?	• Tous