

VERS UNE SANTÉ PUBLIQUE JUSTE ET ÉQUITABLE

POUR EN FINIR AVEC
LE VIH/SIDA ET LES ITSS



L'HONORABLE | THE HONOURABLE
René Cormier
SÉNATEUR | SENATOR
CANADA



TABLE DES MATIÈRES

3 PRÉFACE

4 MESSAGES

6 ÉTAT DES LIEUX

21 PHOTOS RENCONTRES

23 ALLOCUTIONS

24 Sénateur René Cormier

28 Sénatrice Joan Kingston

32 Sénatrice Rosemary Moodie

35 Sénatrice Flordeliz (Gigi) Osler

38 Sénatrice Kim Pate

41 Sénateur Mohamed-Iqbal Ravalia

43 Sénatrice Paula Simons

46 Sénateur Kristopher Wells

50 INITIATIVES DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

52 RECOMMANDATIONS

57 CONCLUSION

58 BIBLIOGRAPHIE

Réalisation:

Bureau du Sénateur René Cormier

Conception graphique:

Romain Blanchard – Atelier 46

Photos:

Veuillez noter que le droit d'auteur sur le document ci-joint est la propriété du Sénat du Canada. L'autorisation qui vous est donnée de reproduire ou de publier ce document est non exclusive, non transférable et accordée sans frais. Ce document peut être utilisé à la condition qu'il soit attribué au Sénat du Canada et qu'il ne soit pas modifié.

Bureau du Sénateur René Cormier

Pièce 331, édifice de l'Est

Téléphone: 613 996-2247

Sans frais: 1-800-267-7362

Télécopieur: 613 996-2279

Courriel: rene.cormier@sen.parl.gc.ca

Remerciements:

Le Sénateur René Cormier et son personnel remercient la Bibliothèque du Parlement, la Bureau de la traduction et le Service des communications du Sénat pour leur précieuse collaboration.

(2025)

PRÉFACE



L'HONORABLE RENÉ CORMIER

Au cours de la dernière décennie, malgré de nombreuses interventions de santé publique, nous observons une hausse significative et alarmante des taux de plusieurs infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) dans notre pays et dans le monde. Au Canada, les cas de chlamydia ont augmenté de 49%, ceux de gonorrhée de 81%, et ceux de syphilis de 178%. De 2018 à 2022, les taux de syphilis infectieuse ont augmenté de 109% au Canada, et les cas de syphilis congénitale de 599%. Bien que les cas d'hépatite C aient diminué de moitié depuis la fin des années 1990, ils n'ont pas baissé depuis 2011. En ce qui concerne le VIH, malgré une réduction de 90% des décès depuis le milieu des années 1990, la transmission persiste toujours. Derrière ces statistiques, il y a des adolescents, de jeunes adultes, des femmes et des hommes de toutes les régions du Canada, de différentes origines, orientations sexuelles et identités de genre.

Depuis mon entrée au Sénat du Canada, je consacre une partie importante de mon énergie professionnelle à la sensibilisation et à la promotion de la lutte contre le VIH/sida et les ITSS. Que ce soit dans le cadre de mes travaux parlementaires ou lors d'événements internationaux, je m'investis dans cette lutte en prenant notamment la parole dans différents forums, comme la 24^e Conférence internationale sur le sida, à Montréal, et la Conférence internationale des droits de la personne, en Serbie en 2022.

Au Sénat, en plus des déclarations et des questions posées au représentant du gouvernement, j'ai fait adopter une motion exhortant le gouvernement du Canada à augmenter le financement de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida. À l'automne 2024, j'ai lancé une interpellation intitulée «La hausse alarmante des infections transmissibles sexuellement et par le sang» à laquelle sept de mes collègues sénatrices et sénateurs ont contribué. Leur générosité, leur rigueur intellectuelle et leur profond attachement à la justice sociale ont été des moteurs essentiels à la réalisation de ce projet.

Le présent document constitue l'aboutissement de ce travail. Il rassemble les discours de cette interpellation, accompagnés d'un état des lieux offrant le contexte nécessaire, ainsi que des 34 recommandations formulées par les sénatrices et sénateurs qui y ont participé.

Je souhaite que cette parution inspire, interpelle et soit un outil pédagogique au service du changement, un pont entre les savoirs et les actions, et un appel renouvelé à ne jamais relâcher nos efforts. À toutes celles et tous ceux qui ont contribué à la réflexion, à la rédaction, à la révision et à la diffusion de cette publication, je tiens à exprimer ma plus sincère gratitude.

Bonne lecture!

René Cormier, sénateur

MESSAGES



Médecin pionnier dans la lutte contre le VIH/sida au Canada, le Dr Réjean Thomas a fondé en 1984 la Clinique médicale l'Actuel, à Montréal, afin d'offrir des soins spécialisés et un accompagnement global aux personnes vivant avec le VIH et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Engagé auprès des communautés les plus vulnérables, il a contribué à faire évoluer la prévention, le dépistage et le traitement au Québec et au Canada. Reconnu pour son expertise clinique et sa vision humaniste, il a participé à de nombreux travaux nationaux et internationaux visant à réduire la transmission du VIH et à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes. Auteur, conférencier et défenseur de la santé publique, il poursuit, avec l'équipe de l'Actuel, son engagement en faveur d'une approche intégrée, alliant excellence médicale, innovation et lutte contre la stigmatisation. Son engagement exceptionnel a été reconnu par les plus hautes distinctions, dont Officier de l'Ordre national du Québec, Membre de l'Ordre du Canada et Membre de l'Ordre du Nouveau-Brunswick.

DR. RÉJEAN THOMAS

CLINIQUE MÉDICALE L'ACTUEL

C'est avec beaucoup de reconnaissance et de conviction que je souligne l'initiative du sénateur René Cormier de rassembler, dans cette publication, des données probantes et des voix engagées pour dresser un état des lieux des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et du VIH au Canada. Un tel travail est essentiel pour stimuler le dialogue, orienter les politiques publiques et rappeler l'urgence d'agir.

Depuis plus de quarante ans, à la Clinique médicale l'Actuel, nous sommes témoins des progrès remarquables rendus possibles par les avancées scientifiques, l'engagement communautaire et la volonté politique. Pourtant, la hausse récente de plusieurs ITSS démontre que notre action doit se poursuivre avec détermination. Les réalités des personnes les plus touchées — souvent confrontées à des obstacles sociaux, économiques ou structurels — doivent rester au cœur des stratégies mises en place.

Pour atteindre les objectifs d'éradication, il faut, au niveau fédéral, investir dans la prévention, élargir l'accès au dépistage et au traitement, soutenir la recherche, combattre la stigmatisation et renforcer la première ligne. L'histoire — en particulier celle du VIH — démontre que la mobilisation d'une volonté collective produit des résultats concrets et durables. Aujourd'hui, notre responsabilité est de protéger ces avancées, de les amplifier et de les inscrire dans le temps.

Dr. Réjean Thomas
Clinique L'Actuel



**MME
WINNIE BYANYIMA
ONUSIDA**

Winnie Byanyima est directrice exécutive de l'ONUSIDA et secrétaire générale adjointe des Nations unies. Défenseure passionnée et de longue date de la justice sociale et leader mondiale dans la lutte contre les inégalités, Mme Byanyima estime que les soins de santé sont un droit de la personne. Elle est cofondatrice et coprésidente de la People's Medicines Alliance, qui milite pour un accès équitable aux technologies médicales permettant de prévenir et de combattre les pandémies actuelles et futures.

Avant de se joindre à l'ONUSIDA, Mme Byanyima a occupé le poste de directrice générale d'Oxfam International. Elle avait auparavant été élue pour trois mandats au parlement de son pays, l'Ouganda, où elle a dirigé le premier groupe parlementaire de femmes.

Mme Byanyima a fondé le Forum for Women in Democracy, une organisation non gouvernementale ougandaise, a dirigé la création du Directorate of Gender and Development de la Commission de l'Union africaine, et a siégé au Conseil consultatif sur l'égalité des sexes du premier ministre Trudeau lors de la présidence canadienne du G7.

Je tiens à remercier le sénateur René Cormier de m'avoir invitée à contribuer à cette publication importante et opportune, qui permettra d'accroître la sensibilisation à l'égard du VIH et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Les parlementaires ont un rôle important à jouer dans la lutte nationale contre le VIH en collaborant avec le gouvernement et la société civile, mais aussi en s'engageant dans la lutte mondiale contre le VIH dans le cadre de forums multilatéraux et avec leurs pairs, notamment par l'intermédiaire de la Plateforme parlementaire mondiale sur le VIH et le sida (GPP HIV).

Grâce à plus de quatre décennies de solidarité, la riposte multisectorielle au VIH est devenue l'une des mesures de santé publique les plus efficaces de l'histoire, ayant sauvé 26,9 millions de vies. Depuis 2010, les nouvelles infections au VIH ont diminué de 40 %, et les décès liés au sida ont chuté de 54 %. Depuis 2000, 4,4 millions d'enfants ont été protégés contre le VIH. Cependant, malgré les progrès importants réalisés, les inégalités continuent d'alimenter l'épidémie de VIH. Les dernières données de l'ONUSIDA pour 2024 montrent que 9,2 millions de personnes ont encore besoin d'un traitement vital, que 1,3 million de nouvelles infections ont été recensées, et que 630 000 personnes sont décédées de maladies liées au sida, soit une personne par minute.

Nous sommes aujourd'hui confrontés à une crise profonde provoquée par la baisse des investissements dans la lutte contre le VIH et les récents bouleversements dans le financement américain qui ont entraîné la suppression de services essentiels à la survie et mis en péril les droits et la vie des personnes, en particulier celles qui vivent avec le VIH ou qui sont touchées par le virus, notamment les adolescentes, les jeunes femmes et les personnes LGBTQ+.

Cette crise met à l'épreuve la solidarité mondiale. Aujourd'hui plus que jamais, l'ONUSIDA compte sur le Canada, un partenaire essentiel et précieux, pour continuer à promouvoir la lutte contre le VIH, fondée sur les droits de la personne et axée sur les communautés, qui est nécessaire pour éliminer d'ici 2030 la menace que pose le sida pour la santé publique.

Winnie Byanyima
Directrice exécutive, Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)
Secrétaire générale adjointe, Nations unies

ÉTAT DES LIEUX

Cet état des lieux des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Canada repose sur les données de surveillance les plus récentes publiées par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et l'organisme onusien chargé de la lutte contre le sida, ONUSIDA. Cette section a pour objectif de regrouper et de synthétiser l'ensemble des informations disponibles afin d'offrir un portrait d'ensemble clair et accessible de la situation actuelle. En s'appuyant exclusivement sur les informations et données produites par l'ASPC et l'ONUSIDA, cette synthèse vise à mieux comprendre les tendances observées au pays et à l'étranger, notamment la hausse marquée de plusieurs ITSS au cours des dernières années.

Il est important de souligner que la pandémie de COVID-19 a eu un impact significatif sur les données de surveillance des ITSS au Canada. De 2020 à 2022, l'accès aux services de dépistage, de prévention, de soins et de déclaration a été perturbé à différents niveaux dans l'ensemble du pays. Ainsi, les données recueillies pendant cette période doivent être analysées avec prudence, car les fluctuations observées ne reflètent pas nécessairement les tendances réelles en matière de transmission des ITSS. Les effets à long terme de la pandémie sur la dynamique épidémiologique des ITSS ne pourront être pleinement évalués qu'à la lumière de données de surveillance plus récentes et continues.

DÉFINITION ET CLASSIFICATION DES ITSS

Les ITSS sont des infections qui se transmettent soit sexuellement, soit par le sang. Elles peuvent se transmettre par échange de fluides génitaux, par contact intime peau à peau ou par contact avec du sang (ASPC, 2024e, p. 9). Le cadre d'indicateurs fédéral pour les ITSS les regroupe en quatre catégories :

- le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- les infections transmissibles sexuellement bactériennes (chlamydia, gonorrhée et syphilis infectieuse) ;
- le virus de l'hépatite C ;
- le virus du papillome humain (VPH) et virus de l'hépatite B.

1. Virus de l'immunodéficience humaine ¹

Situation générale

À la fin de 2022, on estimait qu'au Canada, 65 270 personnes vivaient avec le VIH. Parmi elles, 89 % avaient reçu un diagnostic, 85 % des personnes avec un diagnostic suivaient un traitement, et 95 % des personnes suivant un traitement antirétroviral avaient une charge virale supprimée. Une personne vivant avec le VIH (PVVIH) sur dix ne connaissait donc pas son statut sérologique.

Disparités

Tous les individus, groupes et populations du pays ne sont pas égaux face au VIH, certains étant disproportionnellement touchés par le virus. Parmi les PVVIH, 51 % étaient des hommes gais, bisexuels, ou autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (gbHARSAH), environ 25 % étaient des femmes, et 13 % avaient déjà eu recours à l'injection de drogue.

1 - Sauf indication contraire, tous les renseignements présentés dans cette section proviennent de trois publications de l'ASPC parues en 2024 : [Les progrès du Canada vers l'élimination de l'épidémie de VIH](#), [Le VIH au Canada: Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2022](#) et [Le VIH au Canada : Les points saillants de la surveillance pour 2023](#).

Prévalence, incidence et répartition selon le sexe

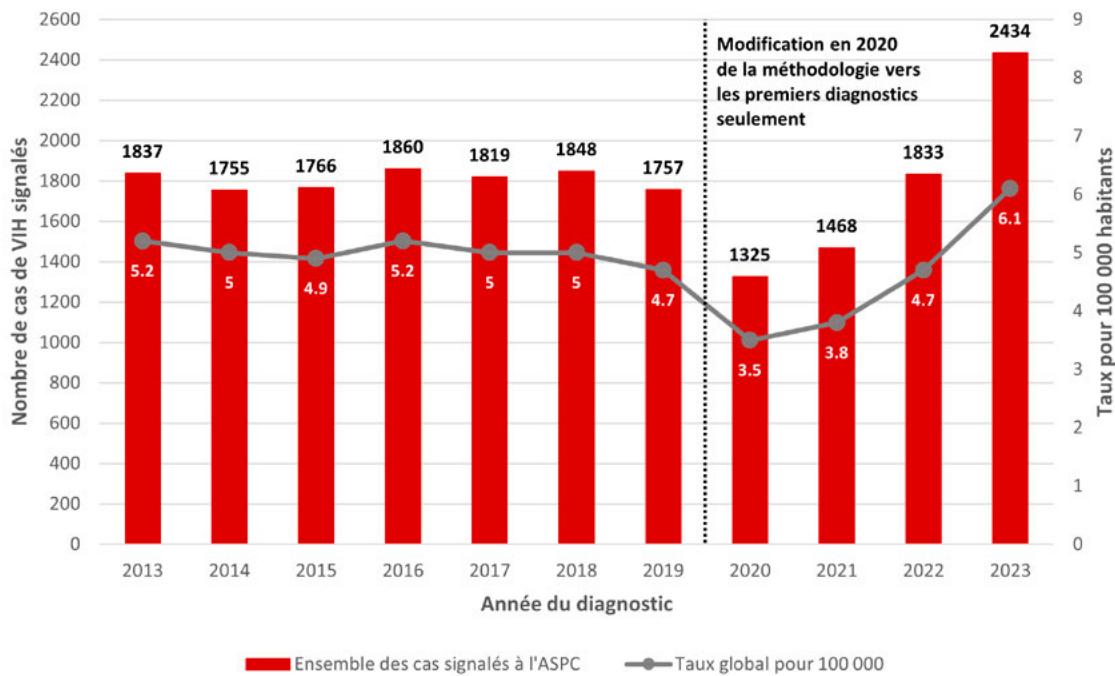
À l'aide de ces données, il peut être établi que la prévalence estimée du VIH en 2022 dans la population générale était de 0,2%, alors qu'elle était de 0,25% pour les personnes de sexe masculin et de 0,08% pour les personnes de sexe féminin. En ce qui concerne les personnes ayant déjà consommé de la drogue par injection, la prévalence se situait à 2,2%. Parmi les gbHARSAH, la prévalence se situait à 5%.

En chiffres absolus, en 2022, 48 368 hommes vivaient avec le VIH. Parmi eux, 90% avaient reçu un diagnostic, 86% de ces derniers suivaient un traitement et 96% des personnes traitées avaient une charge virale supprimée. Du côté des

femmes, 16 544 vivaient avec le VIH en 2022; 86% des femmes vivant avec le VIH avaient reçu un diagnostic, 84% des femmes composant ce groupe suivaient un traitement et 92% de celles-ci avaient une charge virale supprimée. Bien que les femmes aient été moins nombreuses à vivre avec le VIH en 2022, elles sont proportionnellement moins bien prises en charge: elles reçoivent moins souvent un diagnostic, elles sont moins fréquemment traitées et elles ont moins souvent une charge virale indétectable que les hommes.

En 2023, 2 434 nouveaux cas de VIH étaient déclarés, représentant une augmentation de 35,2% depuis 2022. Le taux national de nouveaux diagnostics du VIH s'est donc établi à 6,1 pour 100 000 habitants. Selon le sexe, 1 625 nouveaux diagnostics du VIH ont été effectués chez les hommes (taux de 8,1) et 791 chez les femmes (taux de 3,9).

Figure 1 : Nombre de premiers diagnostics de VIH et taux de diagnostic global, par sexe et par année, Canada, 2013 à 2022



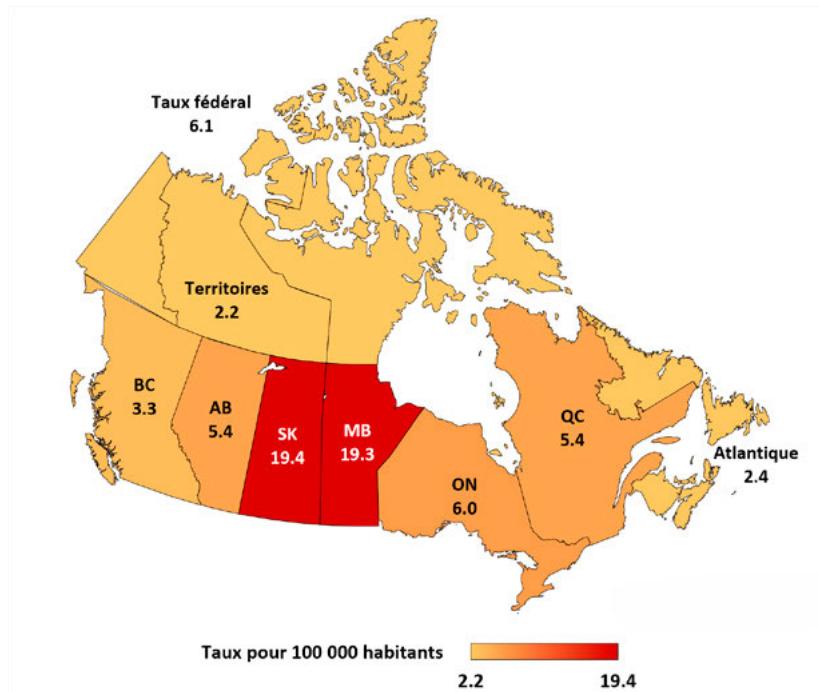
Source : Figure reproduite à partir de données publiées dans [Le VIH au Canada : Les points saillants de la surveillance pour 2023](#), Agence de la santé publique du Canada, 2024 ; et [Le VIH au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2022](#), Agence de la santé publique du Canada, 2024.

Répartition géographique

Ces données fédérales masquaient toutefois des réalités très différentes d'une province ou d'un territoire à l'autre en 2023. La Saskatchewan et le Manitoba affichaient les taux les plus élevés de nouveaux diagnostics du VIH, avec respectivement 19,4 et 19,3 pour 100 000 habitants. L'Alberta, l'Ontario et

le Québec occupaient une position intermédiaire, avec des taux de 6,0, 5,4 et 5,4. En bas de l'échelle, les provinces de l'Atlantique et les territoires enregistraient les taux les plus faibles, à 2,4 et 2,2.

Figure 2 : Taux de nouveaux diagnostics du VIH pour 100 000 habitants, par province et territoire, Canada, 2023



Source : Figure reproduite à partir de données publiées dans [Le VIH au Canada : Les points saillants de la surveillance pour 2023](#), Agence de la santé publique du Canada, 2024.

Répartition par groupes d'âge

Tous sexes confondus, le groupe d'âge le plus touché en 2023 était celui des 30 à 39 ans, avec un taux de nouveaux diagnostics du VIH de 14,3 pour 100 000 habitants, suivi de près par les 25 à 29 ans (13,9), puis les 40 à 59 ans (8,6) et les 20 à 24 ans (7,0). Les 15 à 19 ans présentaient un taux plus faible de 1,2, tout comme les personnes de 60 ans et plus (1,1) et les enfants de moins de 15 ans (0,2).

Catégories d'exposition

En 2023, la répartition des nouveaux diagnostics du VIH par catégorie d'exposition mutuellement exclusive révélait des portraits différents selon les sexes. Pour l'ensemble des nouveaux diagnostics, sexes confondus, les contacts hétérosexuels étaient responsables de 39,4 % des cas. Les contacts sexuels entre hommes formaient 36 % des nouveaux diagnostics, tandis que l'utilisation de drogue injectable représentait 18,2 % et que les contacts sexuels entre hommes combinés à l'utilisation de drogue injectable, 4,5 %. La catégorie « autre » ne comptait que pour 2 %.

Chez les personnes de sexe masculin, les contacts sexuels entre hommes étaient responsables de 52,2 % des nouveaux diagnostics. Les contacts hétérosexuels formaient 26,5 % des nouveaux cas. L'utilisation de drogue injectable représentait 13,6 % et les contacts sexuels entre hommes combinés à l'utilisation de drogue injectable, 6,5 %. La catégorie « autre » ne comptait que pour 1,3 %.

Chez les personnes de sexe féminin, les catégories étaient simplifiées. Les contacts hétérosexuels expliquaient 68,1 % des nouveaux diagnostics, tandis que l'utilisation de drogue injectable représentait 28,4 % et que la catégorie « autre » formait 1,3 % des cas.

Transmission périnatale

En ce qui concerne la surveillance périnatale du VIH, en 2023, 247 nourrissons sont nés de PVVIH. Au total, 97,1 % des personnes enceintes avec le VIH ont suivi une thérapie antirétrovirale (TAR) périnatale. Néanmoins, cinq nourrissons sont nés avec le VIH, qui leur a été transmis lors de la période périnatale. Trois sont nés de PIVVIH sans TAR et deux de personnes ayant reçu une TAR partielle.

Enjeux persistants liés au VIH/sida au Canada

Une attention particulière au VIH/sida est justifiée compte tenu de la gravité de ses conséquences et de sa transmission continue malgré des avancées significatives en matière de traitement et de prévention. Contrairement aux autres ITSS, il n'existe aucun remède contre le VIH/SIDA, qui nécessite une prise en charge et des soins à vie.

Le VIH a des répercussions importantes pour la santé publique en raison de sa nature chronique et des comorbidités associées, telles que l'hépatite et les infections opportunistes. Les avancées dans les traitements antirétroviraux permettent aux personnes vivant avec le VIH de mener une vie longue et saine, mais ces traitements doivent être pris à vie, et l'observance est cruciale pour maintenir une charge virale indéetectable et prévenir la transmission. Ces traitements imposent un fardeau financier important au système de santé publique financé par le Canada, entraînant une utilisation significative des ressources et des dépenses associées (ASPC, 2024e, p. 11). De plus, des obstacles persistent dans l'accès aux soins, en particulier pour les populations marginalisées ou sans abri, compliquant la continuité des soins et l'observance du traitement.

En outre, la stigmatisation associée au VIH reste un obstacle majeur à l'accès aux soins et au soutien, affectant la qualité de vie et la santé mentale des personnes vivant avec le VIH. Cette stigmatisation peut entraîner des retards dans les tests, une réticence à demander un traitement et un isolement social. Elle contribue également à la sous-déclaration du statut VIH, augmentant potentiellement le risque de transmission. Aborder cette stigmatisation est crucial pour améliorer les résultats en matière de santé et réduire les nouvelles infections. Cela inclut la sensibilisation au fait que le traitement efficace du VIH prévient sa transmission sexuelle. Des efforts continus en matière d'éducation, de politiques publiques et de soutien communautaire sont nécessaires pour déstigmatiser pleinement le VIH et garantir un accès équitable à la prévention, au dépistage, au traitement et aux soins pour toutes les personnes concernées.

Échelle internationale

Selon l'ONUSIDA, à l'échelle internationale, environ 40,8 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde en 2024 (ONUSIDA, 2025, p. 7). On estime que 1,3 million de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH cette même année, soit une baisse de 40% par rapport à 2010 (ONUSIDA, 2025, p. 6). En tout et pour tout, 630 000 personnes sont mortes de maladies liées au sida en 2024, représentant une baisse de 54% depuis 2010 (ONUSIDA, 2025, p.7).

Parmi les personnes vivant avec le VIH, 77% suivaient une thérapie antirétrovirale et 73% avaient une charge virale supprimée (ONUSIDA, 2025, p. 7). Les progrès vers les cibles 95-95-95 s'approchent du but mondial, avec 87% des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut, 89 % de celles-ci étant sous traitement et 94 % des personnes recevant un traitement ayant une charge virale supprimée (ONUSIDA, 2025, p. 7).

Depuis le début de l'épidémie, 88,4 millions de personnes ont été infectées par le VIH et environ 42,3 millions sont décédées de maladies liées au sida (ONUSIDA, 2024). Grâce aux efforts mondiaux, 26,9 millions de vies ont déjà été sauvées par la riposte au VIH (ONUSIDA, 2025, p. 5).

Cependant, d'importants défis demeurent. Mondialement, 9,2 millions de personnes vivant avec le VIH n'avaient pas accès au traitement en 2024, dont environ la moitié en Afrique subsaharienne (ONUSIDA, 2025, p.10). Les enfants sont particulièrement vulnérables: 55 % seulement des enfants vivant avec le VIH recevaient une thérapie antirétrovirale en 2024, laissant plus de 620 000 enfants sans traitement (ONUSIDA, 2025, p. 10).

Malgré les progrès, les inégalités régionales persistent, et certaines régions comme l'Europe de l'Est, l'Asie centrale, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord restent en retard sur les objectifs. Le nombre de nouvelles infections continue de dépasser l'objectif de 370 000 infections annuelles fixé pour 2025 (ONUSIDA, 2025, p. 10).

Le retrait soudain des États-Unis, principal bailleur de la riposte mondiale au VIH par l'entremise du programme PEPFAR, a perturbé les programmes de traitement et de prévention dès le début de l'année 2025. Cette rupture menace les efforts de traitement et de prévention dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire. Selon les projections de l'ONUSIDA, si ce financement n'est pas restauré, il pourrait y avoir plus de 6 millions de nouvelles infections par le VIH et plus de 4 millions de décès liés au sida d'ici 2029 (ONUSIDA, 2025, p. 10).

2. Virus de l'hépatite C²

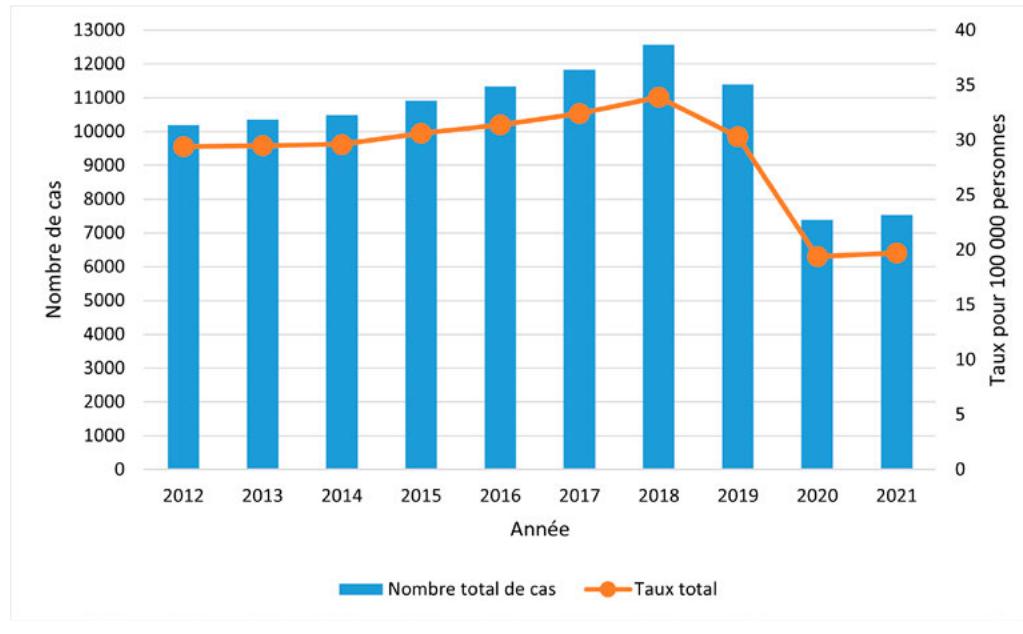
Situation générale

En ce qui concerne l'hépatite C, en 2021, 7 535 cas ont été déclarés au Canada, ce qui correspondait à un taux de 19,7 cas pour 100 000 personnes vivant au Canada. L'évolution du virus a été marquée par une hausse de 15,4 % du taux de cas déclarés de 2012 à 2018, qui a atteint un sommet lors de

cette dernière année. De 2018 à 2020, une baisse importante de 42,8 % du taux est survenue. Cette tendance à la baisse s'est confirmée de 2020 à 2021, avec une légère diminution de 1,5 %.

Au Canada, en 2019, environ 25 % des personnes ayant déjà été infectées par l'hépatite C ignoraient leur infection, qu'elle soit active ou passée.

Figure 3 : Nombre et taux de cas déclarés d'hépatite C, Canada, de 2012 à 2021



Source : Figure reproduite à partir de données publiées dans [L'hépatite C au Canada : Mise à jour des données de surveillance de 2021](#), Agence de la santé publique du Canada, 20 décembre 2023.

Disparités

Tous ne sont pas égaux face à l'hépatite C. Cette maladie touche de manière disproportionnée certaines populations et communautés. Parmi les groupes les plus touchés, on retrouve les personnes qui consomment de la drogue par injection, les personnes incarcérées, les membres des Premières Nations, les Inuits, les Métis, les hommes gais et bisexuels, les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, ainsi que les immigrants et les nouveaux arrivants en provenance de pays où le virus est plus répandu.

Répartition selon le sexe

En 2021, les hommes étaient également surreprésentés parmi les cas déclarés, représentant 62,1 % des diagnostics. Le taux de cas déclarés parmi ceux-ci était de 24,6 cas pour 100 000 hommes, contre 14,7 cas pour 100 000 femmes. Cette disparité se maintient au fil des ans : de 2012 à 2021, le taux d'hépatite C déclaré a constamment été plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

2 - Sauf indication contraire, tous les renseignements présentés dans cette section sont tirés de la publication [L'hépatite C au Canada : Mise à jour des données de surveillance de 2021](#), publiée par l'Agence de la santé publique du Canada.

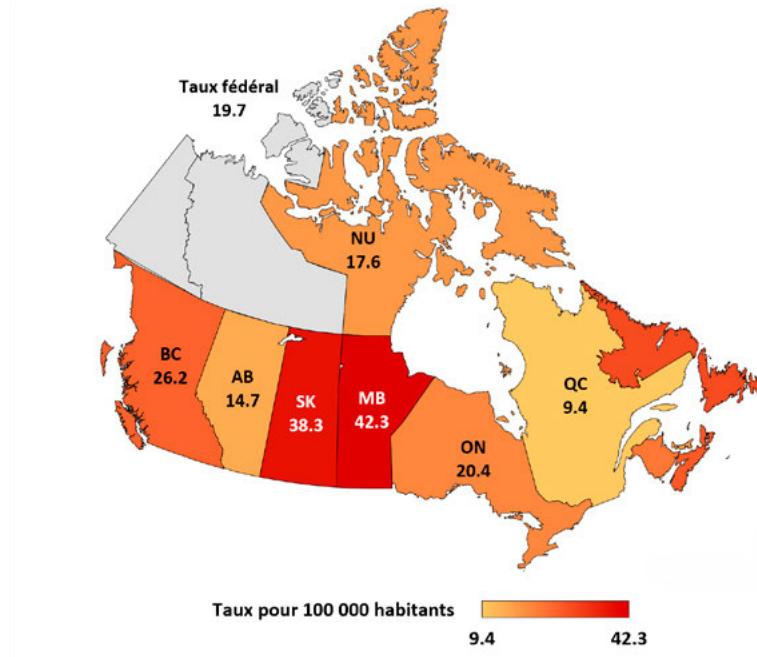
Répartition géographique

En ce qui a trait à la répartition géographique du nombre et du taux de cas déclarés d'hépatite C, en 2021, le taux fédéral se situait à 19,7 cas pour 100 000 personnes. Avec des taux respectifs de 42,3 et 38,3 pour 100 000 habitants, le Manitoba et la Saskatchewan affichaient des taux bien supérieurs à la moyenne fédérale, soit près du double. Terre-Neuve-et-Labrador (29,8), la Nouvelle-Écosse (27,6), la Colombie-Britannique (26,2), le Nouveau-Brunswick

(22,9), et l'Ontario (20,4) excédaient tous aussi la moyenne fédérale. Le Nunavut (17,6), l'Île-du-Prince-Édouard (16,4), le Yukon (non précisé), l'Alberta (14,7), le Québec (9,4) et les Territoires du Nord-Ouest (non précisé) enregistraient tous des taux inférieurs à la moyenne fédérale.

En chiffres absolus, l'Ontario déclarait le plus grand nombre de cas en 2021, avec 3 019 cas, représentant 40 % de l'ensemble fédéral. La Colombie-Britannique suivait en deuxième place (1 363 cas; 18,1 %) et le Québec (805 cas; 10,7 %) en troisième.

Figure 4 : Nombre et taux de cas déclarés d'hépatite C pour 100 000 personnes, par province et territoire, Canada, 2021



Source : Figure reproduite à partir de données publiées dans [L'hépatite C au Canada : Mise à jour des données de surveillance de 2021](#), Agence de la santé publique du Canada, 20 décembre 2023.

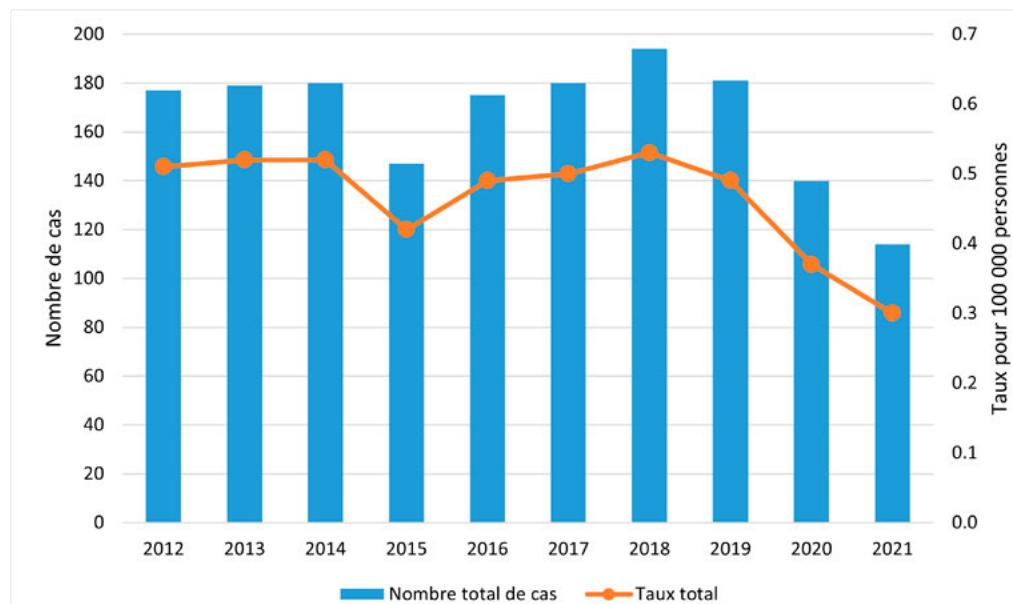
3. Virus de l'hépatite B et virus du papillome humain

a. Hépatite B³ Situation générale

En ce qui a trait à l'hépatite B, la plus récente mise à jour des données de surveillance met principalement l'accent sur les cas aigus. Toutefois, en 2021, un total de 3 524 cas, ce qui englobe à la fois les cas aigus, les cas chroniques et les cas non précisés, ont été déclarés au Canada, ce qui correspondait à un taux de 9,2 cas pour 100 000 personnes.

Quant à l'évolution des taux déclarés, de 2012 à 2019, les taux déclarés d'hépatite B totaux sont demeurés généralement stables. De 2019 à 2021, une diminution marquée de 38,1 % a été enregistrée. En 2021, 114 cas aigus d'hépatite B ont été observés dans neuf provinces et trois territoires, ce qui correspond à un taux de 0,30 cas pour 100 000 personnes.

Figure 5 : Nombre et taux de cas déclarés d'hépatite B aiguë, Canada, 2012 à 2021



Source : Figure reproduite à partir de données publiées dans [L'hépatite B au Canada : Mise à jour des données de surveillance de 2021](#), Agence de la santé publique du Canada, 20 décembre 2023.

Disparités

L'hépatite B n'affecte pas toutes les populations de manière égale. En 2021, les hommes représentaient une proportion importante des cas déclarés d'hépatite B aiguë, avec près des deux tiers des infections signalées (64,9 %), pour un taux de cas déclarés de 0,39 cas pour 100 000 hommes. Par contraste, chez les femmes, le taux de cas déclarés était de 0,21 cas pour 100 000 femmes. Cette disparité entre les sexes n'est pas propre à l'année 2021, elle se manifeste depuis 2012, les hommes affichant constamment des taux plus élevés que les femmes.

Répartition géographique

Sur le plan de la répartition géographique du nombre et du taux de cas déclarés d'hépatite B aiguë par province et territoire, il est important d'indiquer que le taux fédéral, en 2021, atteignait 0,30 cas pour 100 000 personnes vivant au Canada. Les provinces suivantes ont déclaré des taux d'hépatite B aiguë supérieurs au taux fédéral : Ontario (78 cas, taux de 0,5 cas pour 100 000 personnes), Manitoba (8 cas, taux de 0,57), Nouveau-Brunswick (6 cas, taux de 0,76) et les Territoires du Nord-Ouest (non précisé). Quant à la Saskatchewan, à la Colombie-Britannique, à l'Alberta, au Québec, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Yukon et au Nunavut, ils ont tous déclaré des taux d'hépatite aiguë inférieurs au taux fédéral.

3 - Sauf indication contraire, tous les renseignements présentés dans cette section sont tirés de la publication [L'hépatite B au Canada : Mise à jour des données de surveillance de 2021](#), publiée par l'Agence de la santé publique du Canada.

En 2021, l'Ontario représentait la plus grande part des cas déclarés d'hépatite B chronique et non précisée, avec 1 075 cas (31,5 %), suivie par la Colombie-Britannique (845 cas; 24,8 %) et le Québec (794 cas; 23,3 %).

Il convient toutefois d'interpréter ces données avec prudence, car dans les provinces et territoires à faible population, un petit nombre de cas peut faire fluctuer fortement les taux, ce qui nuit à la comparabilité des données entre les provinces et territoires.

b. Virus du papillome humain (VPH)⁴

Il n'existe pas de données fédérales déclarées sur les infections causées par le VPH. Rappelons toutefois que le groupe des VPH regroupe plus de 200 types de virus, dont environ une quarantaine peuvent toucher les parties génitales, la bouche et la gorge. 75 % des Canadiens non vaccinés et sexuellement actifs contracteront une infection par le VPH à un moment de leur vie. Les infections par le VPH peuvent engendrer des cancers et des lésions précancéreuses, ainsi que des verrues anogénitales.

Certains types de VPH sont considérés comme à haut risque et sont associés au développement de cancers. Lorsqu'une infection par l'un deux persiste, elle peut entraîner des lésions précancéreuses, c'est-à-dire des cellules anormales pouvant, dans de rares cas, évoluer en cancer, notamment du col de l'utérus, de la gorge, de l'anus, du vagin, de la vulve et du pénis. Il est estimé que le VPH est responsable de la quasi-totalité des cancers du col de l'utérus, de 90 % des cancers de l'anus, de 60 à 73 % des cancers de la gorge (oropharynx), de 40 à 50 % des cancers du pénis, ainsi que d'environ 40 % des cancers du vagin et de la vulve.

En 2023, au Canada, environ 1 550 personnes ont reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus, et environ 400 en sont décédées. Par ailleurs, les cancers de la gorge liés au VPH sont en hausse depuis plusieurs décennies au pays. Aujourd'hui, le cancer de l'oropharynx représente la forme de cancer associée au VPH la plus fréquente au pays.

4. Infections transmissibles sexuellement bactériennes

a. Chlamydia⁵

Situation générale

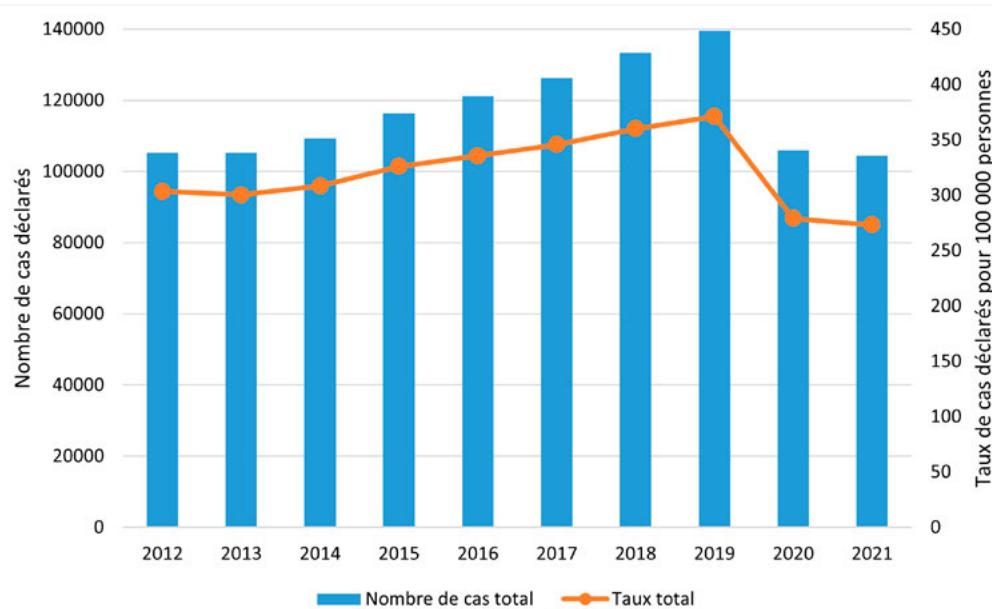
La chlamydia demeure l'infection transmissible sexuellement (ITS) à déclaration obligatoire la plus courante au Canada. Bien que les taux signalés en 2020 et 2021 aient été plus bas qu'avant la pandémie, une tendance à la hausse avait été observée de façon constante de 2012 à 2019.

En 2021, 104 426 cas de chlamydia ont été déclarés à l'échelle fédérale, pour un taux de 273,2 cas pour 100 000 personnes.

De 2012 à 2019, le taux fédéral de cas déclarés de chlamydia a augmenté de façon constante. En 2019, le taux était supérieur de 22 % à celui observé en 2012. En 2020, au plus fort de la pandémie de COVID-19, le taux de cas déclarés a chuté de 25 %, et en 2020 et 2021, le taux s'est stabilisé, enregistrant une diminution de seulement 2 %.

4 - Sauf indication contraire, tous les renseignements présentés dans cette section sont tirés des pages d'information [Virus du papillome humain \(VPH\) : Symptômes et traitement](#) et [Vaccins contre le virus du papillome humain \(VPH\) : Guide canadien d'immunisation](#), tenues à jour par l'Agence de la santé publique du Canada.

5 - Sauf indication contraire, tous les renseignements présentés dans cette section sont tirés de la publication [Chlamydia, gonorrhée et syphilis infectieuse au Canada : Données de surveillance de 2021](#), publiée par l'Agence de la santé publique du Canada.

Figure 6 : Nombre et taux de cas déclarés de chlamydia, Canada, 2012 à 2021

Source : Figure reproduite à partir de données publiées dans [Chlamydia, gonorrhée et syphilis infectieuse au Canada : Données de surveillance de 2021](#), Agence de la santé publique du Canada, octobre 2023.

Répartition selon le sexe

En 2021, les femmes étaient plus affectées que les hommes par la chlamydia, avec 59 % des cas déclarés chez celles-ci et 41 % des cas chez ceux-ci. Cette surreprésentation se reflète aussi dans les taux par population : 318,2 cas pour 100 000 femmes, contre 225,8 pour 100 000 hommes. Les femmes de 20 à 24 ans étaient les plus touchées, avec 1 812,1 cas pour 100 000 femmes, suivis par les femmes de 15 à 19 ans avec 1 332,7 cas pour 100 000 femmes. Du côté des hommes, ce sont aussi les 20 à 24 ans qui étaient les plus touchés, avec 942,6 cas pour 100 000 hommes, suivis par les 25 à 29 ans, avec 694,2 cas pour 100 000 hommes.

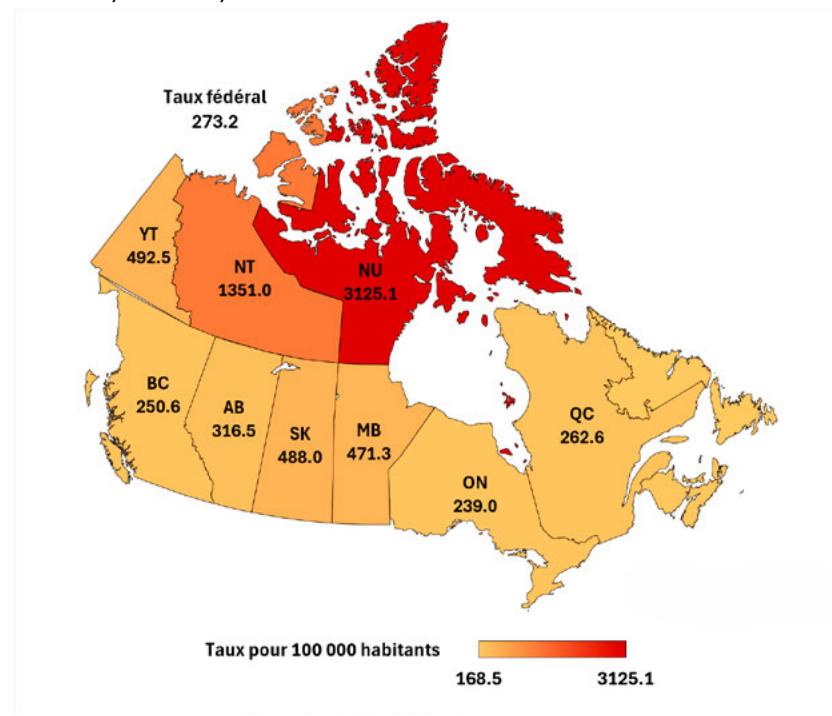
Cette différence entre les femmes et les hommes reflète une tendance observée depuis plusieurs années : de 2012 à 2021, les taux déclarés de chlamydia ont systématiquement été plus élevés chez les femmes que chez les hommes. De 2012 à 2019, les taux de chlamydia ont augmenté de 10 % chez les femmes et de 45 % chez les hommes. Cette progression plus rapide chez les hommes a contribué à réduire l'écart entre les sexes. En 2020 et 2021, les taux ont légèrement diminué, de 1 % chez les hommes et de 3 % chez les femmes, ce qui a contribué à maintenir l'écart entre les sexes à un niveau réduit.

Répartition géographique

Sur le plan géographique, le taux fédéral déclaré de chlamydia en 2021 s'élevait à 273,2 cas pour 100 000 personnes. Certains territoires et provinces affichaient des taux supérieurs, notamment le Nunavut (3 125,1 cas pour 100 000 personnes), les Territoires du Nord-Ouest (1 351,0), le Yukon (492,5), la Saskatchewan (488,0), le Manitoba (471,3) et l'Alberta (316,5). En revanche, d'autres provinces et territoires présentaient des taux inférieurs au taux fédéral, comme le Québec (262,6 cas pour 100 000), la Colombie-Britannique (250,6), l'Ontario (239,0), le Nouveau-Brunswick (211,7), la Nouvelle-Écosse (208,6), l'Île-du-Prince-Édouard (200,9) ainsi que Terre-Neuve-et-Labrador (168,5).

Il convient toutefois d'interpréter ces taux avec prudence, particulièrement dans les régions moins peuplées où un faible nombre de cas peut entraîner de fortes variations.

Figure 7 : Taux de cas déclarés de chlamydia pour 100 000 personnes, par province et territoire, Canada, 2021



Source : Figure reproduite à partir de données publiées dans [Chlamydia, gonorrhée et syphilis infectieuse au Canada : Données de surveillance de 2021](#), Agence de la santé publique du Canada, octobre 2023.

b. Gonorrhée⁶

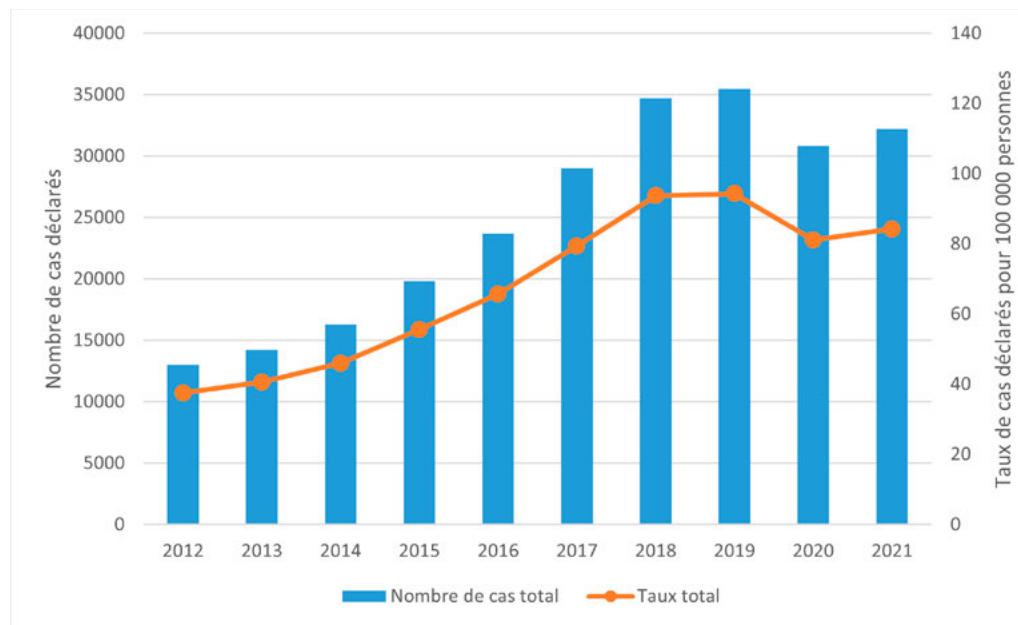
Situation générale

Avant la pandémie de COVID-19, les taux de gonorrhée étaient en forte hausse. En 2021, le taux avait diminué par rapport à 2019, mais demeurait tout de même 124% plus élevé qu'en 2012.

En 2021, 32 192 cas de gonorrhée étaient déclarés à l'échelle du pays, pour un taux de 84,2 cas pour 100 000 personnes.

De 2012 à 2019, le taux fédéral déclaré de gonorrhée a constamment augmenté, pour atteindre en 2019 un taux 151% plus élevé qu'en 2012. Au début de la pandémie de COVID-19, en 2020, le taux fédéral de cas déclarés a rapidement diminué de 14% relativement à 2019, avant d'augmenter légèrement (4%) en 2020 et en 2021, pour se situer en 2021 à un taux deux fois supérieur à celui de 2012.

6 - Sauf indication contraire, tous les renseignements présentés dans cette section sont tirés de la publication [Chlamydia, gonorrhée et syphilis infectieuse au Canada : Données de surveillance de 2021](#), publiée par l'Agence de la santé publique du Canada.

Figure 8 : Nombre et taux de cas déclarés de gonorrhée, Canada, 2012 à 2021

Source : Figure reproduite à partir de données publiées dans [Chlamydia, gonorrhée et syphilis infectieuse au Canada : Données de surveillance de 2021](#), Agence de la santé publique du Canada, octobre 2023.

Répartition selon le sexe et l'âge

En 2021, les hommes étaient plus touchés par la gonorrhée que les femmes et représentaient 63 % des cas déclarés, contre 37 % pour les femmes. Le taux de cas déclarés de gonorrhée était de 106,6 cas pour 100 000 hommes, contre 61,5 cas pour 100 000 femmes.

Chez les hommes, les 25 à 29 ans représentaient la cohorte d'âge la plus touchée, avec 309,7 cas pour 100 000 hommes, suivis des 30 à 39 ans avec 248,5 cas pour 100 000 hommes. Chez les femmes, la cohorte d'âge la plus touchée était représentée par les 20 à 24 ans, avec 239 cas pour 100 000 femmes, suivie des 25 à 29 ans, avec 197,5 cas pour 100 000 femmes.

La surreprésentation des hommes n'est pas nouvelle, les taux de cas déclarés de gonorrhée ayant été systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes de 2012 à 2021.

Cet écart s'est d'ailleurs accentué de 2012 à 2018, alors que les taux déclarés de gonorrhée ont augmenté plus fortement chez les hommes (191 %) que chez les femmes (96 %). En 2018 et 2019, les taux déclarés de gonorrhée sont restés stables aussi bien chez les hommes que chez les femmes. En 2019 et 2020, une diminution a toutefois été observée, plus prononcée chez les hommes (18 %) que chez les femmes (7 %). En 2020 et 2021, les taux ont augmenté de façon comparable aussi bien chez les hommes (4 %) que chez les femmes (3 %).

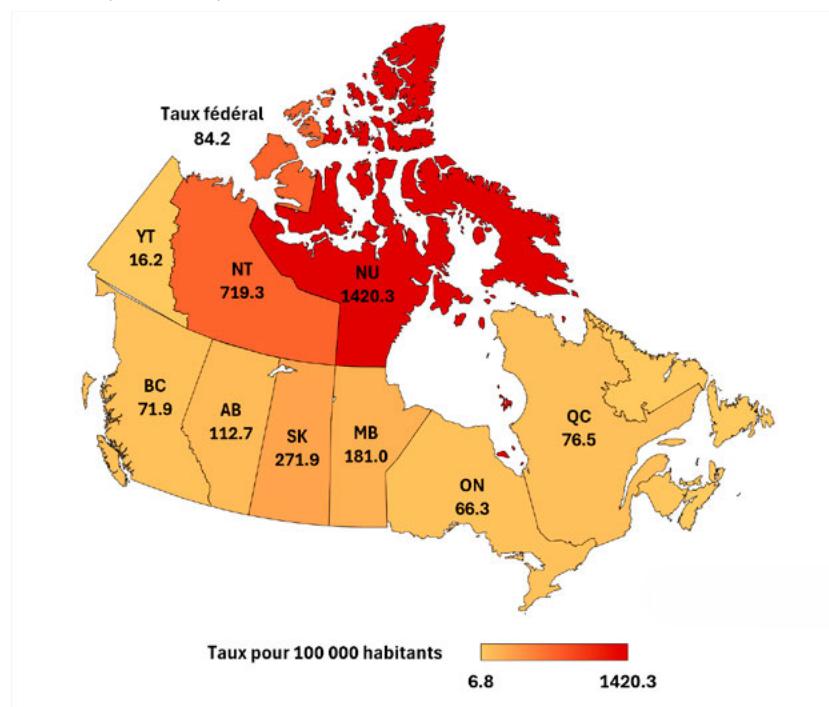
Répartition géographique

Sur le plan de la répartition géographique, le taux fédéral déclaré de gonorrhée en 2021 s'élevait à 84,2 cas pour 100 000 personnes. Certains territoires et provinces affichaient des taux nettement supérieurs, à savoir le Nunavut (1 420,3 cas pour 100 000 personnes), les Territoires du Nord-Ouest (719,3), la Saskatchewan (271,9), le Manitoba (181,0) et l'Alberta (112,7).

En revanche, plusieurs provinces et territoires présentaient des taux inférieurs à la moyenne nationale, dont le Québec (76,5 cas pour 100 000 personnes), la Colombie-Britannique (71,9), l'Ontario (66,3), le Nouveau-Brunswick (32,1), le Yukon (16,2), Terre-Neuve-et-Labrador (14,6), l'Île-du-Prince-Édouard (10,9) ainsi que la Nouvelle-Écosse (6,8).

En termes de nombre total de cas en 2021, la province la plus touchée était l'Ontario, avec 9 814 cas, suivie du Québec (6 584 cas) et de l'Alberta (5 010 cas).

Figure 9 : Taux de cas déclarés de gonorrhée pour 100 000 personnes, par province et territoire, Canada, 2021



Source : Figure reproduite à partir de données publiées dans [Chlamydia, gonorrhée et syphilis infectieuse au Canada : Données de surveillance de 2021](#), Agence de la santé publique du Canada, octobre 2023.

c. Syphilis infectieuse⁷

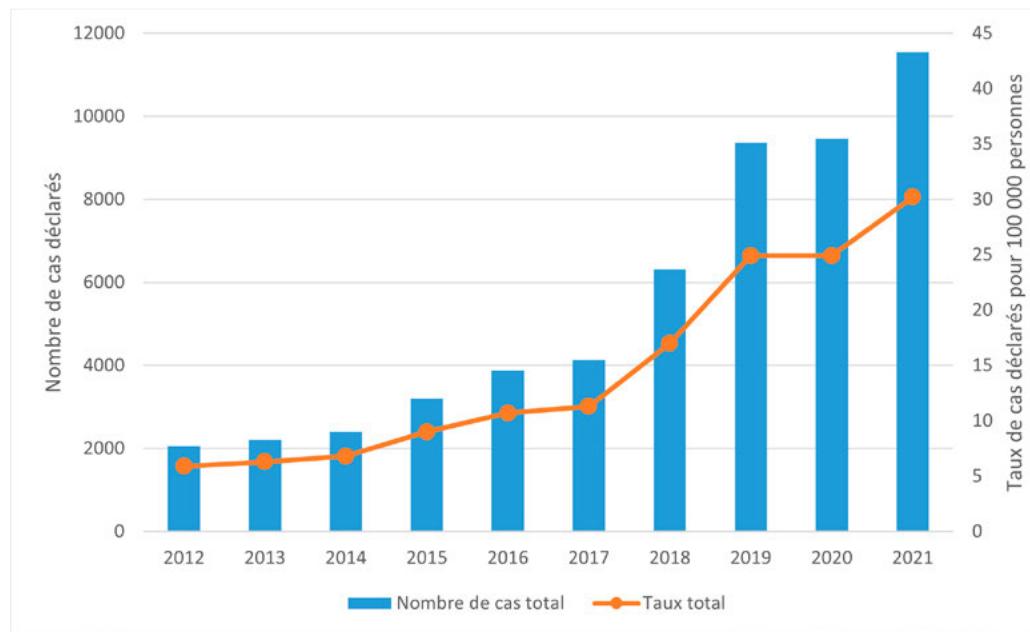
Situation générale

Les taux de syphilis infectieuse augmentent de façon marquée depuis plusieurs années au pays. En 2021, le taux déclaré était 4,1 fois plus élevé qu'en 2012. Cette forte progression, notamment chez les femmes en âge de procréer, a contribué à une hausse du nombre de cas de syphilis congénitale chez les nouveau-nés.

En 2021, 11 540 cas de syphilis infectieuse étaient déclarés à l'échelle du pays, ce qui représente un taux de 30,2 cas pour 100 000 personnes.

Le taux fédéral de cas déclarés de syphilis infectieuse a connu une forte hausse de 321 % de 2012 à 2019. En 2021, il était environ cinq fois plus élevé qu'en 2012. Ce taux est demeuré inchangé en 2019 et 2020, la première année de la pandémie, avant de bondir de 21 % en 2021.

7 - Sauf indication contraire, tous les renseignements présentés dans cette section sont tirés de la publication [Chlamydia, gonorrhée et syphilis infectieuse au Canada : Données de surveillance de 2021](#), publiée par l'Agence de la santé publique du Canada.

Figure 10 : Nombre et taux de cas déclarés de syphilis infectieuse, Canada, 2012 à 2021

Source : Figure reproduite à partir de données publiées dans [Chlamydia, gonorrhée et syphilis infectieuse au Canada : Données de surveillance de 2021](#), Agence de la santé publique du Canada, octobre 2023.

Répartition selon le sexe et l'âge

En 2021, les hommes étaient plus touchés par la syphilis infectieuse que les femmes, avec 65 % des cas déclarés chez ceux-ci, contre 34 % des cas chez celles-ci. Le taux de cas déclarés était de 39,7 cas pour 100 000 hommes contre 20,7 cas pour 100 000 femmes.

Chez les hommes, les 30 à 39 ans représentaient la cohorte d'âge la plus touchée (94,4 cas pour 100 000 hommes), suivie de près par le 25 à 29 ans (90,2 cas pour 100 000 hommes). Chez les femmes, ce sont les 25 à 29 ans qui représentaient la cohorte d'âge la plus touchée (69,9 cas pour 100 000 femmes), suivie par les 20 à 24 ans (67,5 cas pour 100 000 femmes).

De 2012 à 2021, les taux de cas déclarés de syphilis ont été systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, de 2012 à 2019, les taux ont augmenté de 2 182 % chez les femmes contre seulement 218 % chez les hommes. Cette augmentation beaucoup plus marquée chez les femmes, depuis 2016, a contribué à réduire l'écart entre les sexes. Similairement, en 2019 et 2020, les taux déclarés de syphilis infectieuse ont enregistré une baisse chez les hommes (3 %), alors qu'ils ont poursuivi leur progression chez les femmes, avec une hausse de 8 %. Cette dynamique s'est maintenue en 2020 et 2021, alors que les taux ont continué de croître plus rapidement chez les femmes (38 %) que chez les hommes (14 %).

Répartition géographique

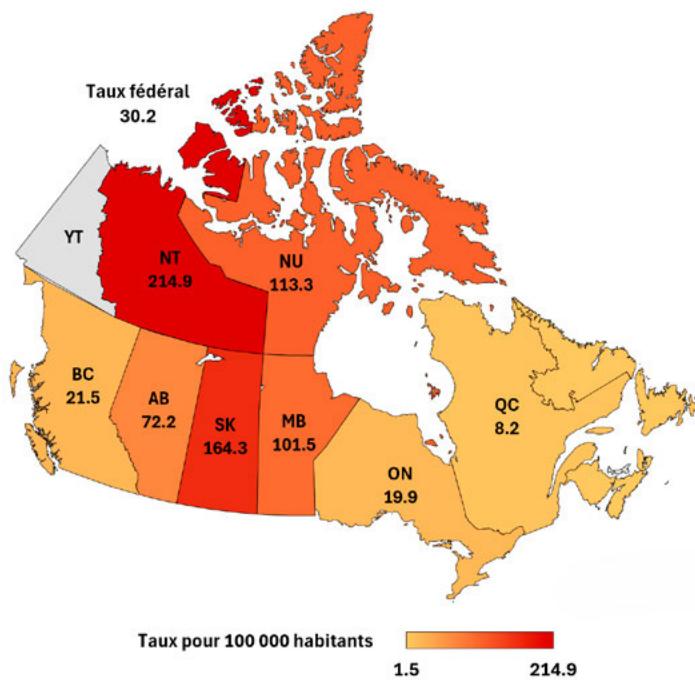
En 2021, le taux fédéral de syphilis infectieuse s'élevait à 30,2 cas pour 100 000 habitants. Plusieurs provinces et territoires dépassaient largement ce taux, notamment les Territoires du Nord-Ouest (214,9 cas pour 100 000), la Saskatchewan (164,3), le Nunavut (113,3), le Manitoba (101,5) et l'Alberta (72,2).

À l'inverse, certains territoires et provinces présentaient des taux en deçà de la moyenne nationale. C'est le cas, par exemple, de la Colombie-Britannique (21,5 cas pour 100 000 personnes), de l'Ontario (19,9), du Québec (8,2), de Terre-Neuve-et-Labrador (3,3), du Nouveau-Brunswick (3,2) et de la Nouvelle-Écosse (1,5). C'est également le cas du Yukon et l'Île-du-Prince-Édouard, pour lesquels les données n'ont pas été publiées afin de préserver la confidentialité en raison du faible nombre de cas.

Comme pour les autres ITSS, il convient d'interpréter les taux avec précaution. Dans les territoires et provinces à faible population, un petit nombre de cas peut gonfler les taux.

En nombre de cas absolus, ce sont l'Alberta (3 209 cas), l'Ontario (2 946 cas) et la Saskatchewan (1 941 cas) qui enregistraient les plus grandes contributions aux données fédérales en 2021.

Figure 11 : Taux de cas déclarés de syphilis pour 100 000 personnes, par province et territoire, Canada, 2021



Source : Figure reproduite à partir de données publiées dans [Chlamydia, gonorrhée et syphilis infectieuse au Canada : Données de surveillance de 2021](#), Agence de la santé publique du Canada, octobre 2023.

Les engagements et objectifs du Canada

Le Canada s'est aligné sur les efforts internationaux de lutte contre les ITSS, en appuyant les objectifs de développement durable des Nations Unies, les stratégies mondiales du secteur de la santé du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (ASPC, 2018, p. 1). Ces efforts internationaux visent à mettre fin aux épidémies de sida et d'hépatites virales (ASPC, 2019, p. 1), ainsi qu'à éliminer les ITSS en tant que problème de santé publique d'ici 2030 (ASPC, 2018, p. 1).

Au niveau national, le Canada s'est engagé à atteindre les cibles 95-95-95 d'ici 2025, « qui veulent que d'ici 2025, 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur état, 95 % des personnes ayant reçu un diagnostic de VIH suivent un traitement antirétroviral, et 95 % des personnes suivant un traitement présentent des niveaux indétectables du virus » (ASPC, 2022).

Le Canada s'est aussi engagé à atteindre les objectifs mondiaux de 2030 en matière d'ITSS fixés par l'OMS. Ces objectifs comprennent l'élimination des nouvelles infections par le VIH, l'éradication des décès liés au sida et la fin de la discrimination. Le Canada vise également une réduction de 90 % des nouveaux cas d'hépatites virales chroniques B et C, ainsi que des décès associés, avec un taux de dépistage de 90 %. De plus, une réduction de 90 % de l'incidence mondiale de la syphilis et de la gonorrhée est visée (ASPC, 2024).

QUELQUES RENCONTRES NATIONALES ET INTERNATIONALES AVEC LA SOCIÉTÉ CIVILE



Lever du drapeau lors de la Journée internationale du sida, le 1^{er} décembre 2022



Rencontre avec Mme Winnie Byanyima, directrice exécutive de l'ONUSIDA, juin 2022



Conférence internationale sur le sida, Montréal, août 2022



Rencontre avec Checkpoint Malta et Dr. Peter Muscat (The Pain Clinic), Gozo, Malte, 2025





Rencontre avec M. Christophe Grolet,
vice-président et directeur général de
Gilead Sciences Canada, 2 mai 2023



The Honourable René Cormier

Prise de parole lors de la table ronde « Let's Stop AIDS –
Are We All in This Together ? », novembre 2022



Table ronde sur le VIH/sida organisée par Santis
Health et Gilead Sciences, octobre 2023



Rencontre avec André Capretti,
analyste des politiques au Réseau
juridique VIH, 23 février 2024

ALLOCUTIONS

À l'automne 2024, une interpellation visant à attirer l'attention du Sénat sur la hausse alarmante des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada (ITSS), y compris le VIH/sida, a été déposée au Sénat du Canada par le Sénateur Cormier. Huit sénateurs et sénatrices ont pris la parole à ce sujet et ont mis en lumière les principaux enjeux et pistes de solutions pour affronter ces questions importantes de santé publique.



SÉNATEUR RENÉ CORMIER (NOUVEAU-BRUNSWICK)



Depuis son entrée au Sénat du Canada en novembre 2016, l'honorable René Cormier est engagé dans la défense et la promotion des arts et de la culture, des droits linguistiques et des droits de la personne. Il consacre une partie importante de son engagement professionnel à la sensibilisation et à la promotion de la lutte contre le VIH/sida et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Le sénateur Cormier assume actuellement la présidence intérimaire du Sénat pour la 1^{re} session de la 45^e législature, est membre du Comité sénatorial permanent des langues officielles et du Comité sénatorial permanent des transports et des communications. Il agit aussi à titre de premier vice-président pour l'Amérique du Nord du Réseau pour un Parlement ouvert de ParlAmericas. L'honorable René Cormier est l'un des membres fondateurs du Caucus canadien de la Fierté, un groupe d'amitié composé de parlementaires canadiens membres de différents groupes et partis politiques. Il est aussi un des membres fondateurs de l'Association acadienne des parlementaires du Canada. Récipiendaire de nombreuses marques de reconnaissance, le sénateur Cormier s'est notamment vu décerner un doctorat honoris causa de l'Université de Moncton en arts et culture, l'Ordre des francophones d'Amérique, et a été nommé Chevalier de l'Ordre des arts et des lettres de France.

ALLOCUTION DE L'HONORABLE RENÉ CORMIER

Honorables sénateurs, je prends la parole aujourd'hui pour attirer l'attention du Sénat sur un enjeu de santé publique d'une importance cruciale : la hausse alarmante des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada (ITSS), y compris le VIH-sida. J'entreprends cette interpellation avec l'espoir que ceux et celles d'entre vous qui sont préoccupés par cet enjeu important soient encouragés à y contribuer en y apportant vos réflexions, votre expertise et vos expériences.

Au cours de la dernière décennie, malgré de nombreuses interventions de santé publique, nous avons observé une hausse importante et alarmante des taux de nombreuses ITSS dans notre pays. Les cas de chlamydia ont augmenté de 49 %, les cas de gonorrhée de 81 % et les cas de syphilis de 178 %. Entre 2018 et 2022, les taux de syphilis infectieuse ont augmenté de 109 % au Canada, et les cas de syphilis congénitale de 599 %. De même, bien que les cas d'hépatite C aient été réduits de moitié depuis la fin des années 1990, ils n'ont pas diminué depuis 2011. En ce qui concerne le VIH, malgré une réduction de 90 % des décès depuis le milieu des années 1990, la transmission persiste toujours. À titre d'exemple, en 2017, le nombre de cas de VIH signalés a atteint son nombre le plus élevé depuis 2008.

Derrière ces statistiques, chers collègues, il y a des adolescents, de jeunes adultes, des femmes et des hommes de toutes les régions du Canada, de différentes origines, orientations sexuelles et identités de genre. Les ITSS sont des infections qui se transmettent sexuellement et par le sang. Elles

incluent, sans s'y limiter, le virus de l'immunodéficience humaine — le VIH —, les hépatites B et C, la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis et le virus du papillome humain. Elles se transmettent par échange de fluides génitaux, par contact intime peau à peau ou par contact avec du sang.

Chers collègues, ces infections touchent de façon disproportionnée certaines populations marginalisées. En 2021, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes représentaient près de 40 % des nouveaux cas déclarés du VIH, tandis que les personnes qui consomment des drogues injectables représentaient 21,9 % des personnes infectées. Les Autochtones représentaient 23,9 % des nouveaux cas et les populations noires représentaient 15,4 %. Enfin, par rapport à la population générale, les personnes incarcérées dans un pénitencier fédéral représentent maintenant une plus grande proportion des cas de VIH et d'hépatite. Chers collègues, ces disparités sont la conséquence directe d'un grand nombre de facteurs découlant des inégalités sociales, du colonialisme, du racisme systémique, de l'homophobie et d'autres inégalités qui marginalisent ces communautés et augmentent leur vulnérabilité aux infections.

Permettez-moi d'accorder une attention particulière au VIH-sida, compte tenu de la gravité de ses conséquences. Contrairement aux autres ITSS, il n'existe aucun remède pour guérir du VIH-sida, une maladie chronique qui nécessite une prise en charge et des soins à vie pour les personnes

infectées. En 2020, environ 63 000 personnes vivaient avec le VIH au Canada. Les données de 2022 ont révélé 4,7 nouveaux diagnostics de VIH pour 100 000 personnes, ce qui témoigne d'une transmission continue. En 2022, 1 833 nouveaux cas de VIH étaient déclarés au Canada, soit une augmentation de 24,9 % par rapport à 2021, la plus forte hausse depuis plus de 10 ans. Les provinces les plus touchées sont la Saskatchewan et le Manitoba, avec des taux d'infection bien supérieurs à la moyenne nationale, ce qui entraîne des conséquences particulièrement graves pour les populations marginalisées.

En raison de sa nature chronique et des comorbidités qui y sont associées, comme l'hépatite et les infections opportunistes, le VIH a des implications importantes pour la santé publique. Bien sûr, les avancées dans les traitements antirétroviraux permettent aujourd'hui aux personnes vivant avec le VIH de mener une vie longue et saine. Nous savons maintenant que I=I, c'est-à-dire qu'une charge virale indétectable signifie que le virus est intransmissible. Toutefois, ces traitements doivent être pris à vie, et l'observance est cruciale pour maintenir une charge virale indétectable et prévenir la transmission.

La stigmatisation associée au VIH demeure un obstacle majeur à l'accès aux soins et au soutien, et cela affecte la qualité de vie et la santé mentale des personnes vivant avec le virus. Cette stigmatisation peut entraîner des retards dans le dépistage, une réticence à se faire soigner et un isolement social. Elle contribue également à la sous-déclaration de la séropositivité, ce qui accroît potentiellement le risque de transmission.

En outre, les traitements contre le VIH imposent une charge financière substantielle au système de santé publique du Canada. La Société canadienne du sida estime la valeur actuelle de la perte économique attribuée aux personnes nouvellement diagnostiquées à 1,3 million de dollars par personne.

Chers collègues, nous savons qu'il est possible de contrôler les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ou ITSS, de prévenir leur transmission et, de nos jours, de guérir certaines d'entre elles. Les progrès de la recherche scientifique ont permis de mieux comprendre la transmission des infections et les facteurs de risque, ce qui a donné naissance à de nouveaux outils pour prévenir, diagnostiquer et traiter les ITSS.

Cependant, malgré ces progrès, les effets négatifs de ces infections sur la santé et le bien-être restent importants, en particulier lorsque le traitement est retardé. Elles peuvent causer de graves problèmes de santé tels que des douleurs chroniques, des cancers, des déficiences immunitaires, des troubles psychologiques, la stérilité et des effets néfastes sur la grossesse, sans parler du fait qu'elles continuent d'imposer

des coûts physiques, émotionnels, sociaux et économiques importants aux personnes, aux collectivités et à la société.

En 2018, le gouvernement du Canada s'est doté d'un cadre d'action pancanadien sur les ITSS, suivi d'un premier plan d'action quinquennal en 2019 et d'un second plan en 2024, déclinant la stratégie gouvernementale jusqu'en 2030. En 2022, le gouvernement fédéral a investi 106,4 millions de dollars dans la lutte contre les ITSS. Pourtant, malgré ces investissements, des défis persistants compromettent les efforts en vue de freiner la hausse des infections transmissibles sexuellement et par le sang au pays.

Le principal défi auquel le Canada fait face dans sa réponse à la hausse des ITSS réside dans l'adoption et le déploiement des innovations technologiques liées à la prévention, au dépistage et au traitement de ces types d'infections. Il est absolument nécessaire de promouvoir davantage les nouvelles technologies de diagnostic, comme les tests de dépistage rapides du VIH et de la syphilis effectués directement au point de service, les autotests de dépistage du VIH et de l'hépatite C, les tests décentralisés à l'échelle communautaire et le dépistage par test de sang séché.

En favorisant l'adoption et le déploiement de ces nouvelles technologies et en maximisant les nouvelles modalités de dépistage, nous améliorerons l'accès aux services de prévention et de traitement dans les régions mal desservies. La réalité géographique du Canada étant ce qu'elle est, il existe une réelle iniquité dans l'accès aux soins de santé selon les régions où habitent les Canadiens. La centralisation des services de dépistage et de traitement dans les centres urbains pose un réel problème pour les communautés rurales, éloignées et isolées, notamment pour les personnes qui n'ont pas la possibilité de se déplacer facilement.

Le Canada se doit de déployer à grande échelle les nouveaux outils biomédicaux qui découlent des avancées scientifiques et qui sont efficaces. Les thérapies antirétrovirales pour le VIH et les traitements curatifs pour l'hépatite C, par exemple, ont transformé la vie de nombreuses personnes affectées par ces infections. Deux nouveaux outils biomédicaux méritent tout particulièrement d'être mieux connus et accessibles au public: la prophylaxie préexposition, communément appelée la PrEP, qui permet à une personne non séropositive de prendre des médicaments antirétroviraux de manière continue avant une exposition potentielle au VIH. Similairement, la prophylaxie post-exposition consiste à administrer des antirétroviraux après une exposition potentielle au VIH. Ces médicaments novateurs doivent être disponibles et accessibles à tous et toutes à l'échelle du pays, peu importe leur statut socioéconomique ou leur lieu de résidence.

Nelson Mandela a dit un jour : « L'éducation est l'arme la plus puissante que l'on puisse utiliser pour changer le monde. » Eh bien, si nous voulons renverser la vapeur et éradiquer les ITSS et le VIH/sida au Canada, nous devons mettre en place des programmes d'éducation sexuelle appropriés dans toutes les écoles du pays et offrir une éducation sexuelle qui ne se limite pas à promouvoir l'abstinence, mais qui donne aux jeunes Canadiens des informations précises et actualisées sur la sexualité, les pratiques sexuelles sûres et les risques associés aux ITSS. Trop de tabous entourent encore ces questions de santé publique dans notre pays. L'objectif de cette éducation doit être de réduire les comportements sexuels à risque, d'améliorer la perception des risques et d'accroître la connaissance des outils de prévention et de dépistage afin de freiner la propagation des ITSS.

À cet égard, il est impératif que le gouvernement fédéral collabore avec les provinces et les territoires pour veiller à ce que tous les jeunes du Canada reçoivent une éducation sexuelle complète leur permettant de se protéger efficacement et de s'épanouir pleinement.

La hausse alarmante des ITSS au Canada n'est pas seulement une question d'innovation médicale, de santé publique ou d'éducation sexuelle, chers collègues ; il s'agit aussi d'assurer le respect des droits de la personne à tous les Canadiens. Les droits à la santé et à la sécurité, qui sont deux droits fondamentaux, sont gravement affectés lorsque l'accès aux soins, à la prévention et aux traitements efficaces est limité.

Les droits sexuels et reproductifs, qui incluent la capacité pour toute personne de prendre des décisions libres et éclairées concernant sa sexualité, sa santé reproductive et sa vie familiale, sont également menacés par la hausse des ITSS. Lorsque l'accès à des services de santé sexuelle, à l'éducation sexuelle et à des outils de prévention comme les condoms, la PrEP ou les autotests est compromis, ces droits sont directement atteints.

Le Canada endosse les stratégies mondiales du secteur de la santé contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période de 2022-2030, telles qu'elles ont été formulées par le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ces stratégies ont pour objectif de mettre fin aux épidémies de VIH et d'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles en tant que problème de santé publique d'ici 2030.

Pour y arriver, le Canada doit notamment atteindre les cibles 95-95-95 d'ici 2025. Cela signifierait que, d'ici l'an prochain, 95 % des personnes vivant avec le VIH connaîtraient leur état sérologique, 95 % des personnes diagnostiquées suivraient un traitement antirétroviral et 95 % des personnes sous

traitement présenteraient une charge virale indétectable. En ce qui concerne l'hépatite, le pays doit viser une réduction de 90 % des nouveaux cas d'hépatites virales chroniques B et C, une baisse de 65 % des décès associés et un taux de dépistage de 90 %. De plus, une réduction de 90 % de l'incidence mondiale de la syphilis et de la gonorrhée est ciblée.

Vous constaterez que nous sommes bien loin de l'atteinte de ces objectifs, chers collègues. Aussi, comme le dit l'expression populaire : « Il est plus que temps que les bottines suivent les babines ! »

Nous avons la responsabilité collective d'intensifier nos efforts afin de freiner la propagation des ITSS, de renforcer les mesures de prévention et d'améliorer les traitements tout en respectant les engagements nationaux et internationaux du Canada. Les divers ordres de gouvernement, les fournisseurs de soins de santé, les écoles, les organismes communautaires, les parents, les chercheurs et les politiciens doivent unir leurs efforts et contribuer à l'atteinte de ces objectifs.

Le gouvernement fédéral joue un rôle essentiel à titre de partenaire dans ces efforts. Il a la responsabilité d'élaborer des cadres nationaux, de discuter avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin de parvenir à une coordination efficace, à des échanges d'information appropriés et à la mise en œuvre de stratégies adaptées aux réalités régionales. Il doit aussi mobiliser les parties prenantes et mettre en place les ressources nécessaires.

Le gouvernement fédéral doit aussi assurer un soutien financier adéquat aux organismes communautaires qui travaillent d'arrache-pied pour éduquer les gens et offrir des services de proximité aux jeunes et aux Canadiens les plus à risque. Il doit également bonifier le financement de la lutte contre le VIH-sida pour atteindre 100 millions de dollars par année, conformément aux recommandations du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes et à la motion adoptée dans cette Chambre en 2020. Toutes les sommes annoncées doivent être effectivement déboursées.

J'exhorte donc le gouvernement fédéral à respecter pleinement ses engagements en matière de lutte contre les ITSS, y compris le VIH-sida, et à intensifier ses efforts pour répondre à l'urgence actuelle.

En conclusion et sur une note plus personnelle, chers collègues, je terminerai en vous disant que, tout au long de la recherche qui a mené à cette interpellation, mes pensées se sont tournées vers mes nombreux amis décédés en raison du sida au fil des ans. De jeunes artistes, des journalistes, des réalisateurs de télévision, de simples citoyens de tous âges et de tous les milieux nous ont quittés beaucoup trop tôt à cause de ce virus abominable. Je pense à mes amis

Bernard, Pierre, Laval et à tant d'autres qui étaient voués à des carrières prolifiques, qui avaient des vies familiales et communautaires riches et qui contribuaient activement à la société canadienne. Je me demande souvent quelle serait leur vie aujourd'hui, eux qui étaient porteurs d'une grande humanité et qui avaient tant à offrir à notre pays.

Je veux leur rendre hommage aujourd'hui et dire à leurs familles et amis que nous ne les oublierons jamais. Je pense aussi à celles et ceux qui vivent aujourd'hui avec cette maladie chronique et qui se sentent souvent isolés. Je veux leur dire qu'ils ne sont pas seuls et que nous porterons leurs voix dans toutes les instances possibles.

Chers collègues, les ITSS et le VIH n'appartiennent pas au passé. Ces infections sont toujours bien présentes et elles s'attaquent particulièrement à notre jeunesse partout au pays. Le 1er décembre prochain, nous soulignerons la Journée internationale de lutte contre le sida. Il serait formidable que nous puissions offrir de l'espoir à tous ceux et celles qui sont affectés par ces infections en leur transmettant une série d'allocutions sur le sujet provenant du Sénat du Canada. Je vous remercie de votre attention et vous invite à contribuer à cette discussion essentielle pour la santé et le bien-être de tous les Canadiens et Canadiennes.

Merci. Thank you. Meegwetch.

SÉNATRICE JOAN KINGSTON (NOUVEAU-BRUNSWICK)



L'honorable Joan Kingston a obtenu un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick (UNB) en 1978. Sa carrière comprend une expérience dans les domaines des soins infirmiers, des soins de santé et de la gestion des ressources humaines, de l'enseignement postsecondaire, ainsi qu'en tant que députée à l'Assemblée législative et membre du Conseil exécutif. Elle a également occupé des fonctions au sein de l'administration centrale, dirigeant les affaires gouvernementales en tant que membre de l'équipe de haute direction. Ses responsabilités comprenaient la planification stratégique, l'établissement des priorités, la mobilisation communautaire, l'élaboration de politiques et la supervision de leur mise en œuvre.

La sénatrice Kingston possède une connaissance approfondie de l'appareil gouvernemental et du système de santé canadien. Plus récemment, elle a joué un rôle clé dans la conception et la création du Fredericton Downtown Community Health Centre (FDCHC), un partenariat unique entre l'Université du Nouveau-Brunswick et Horizon Health Network, qui a permis de mettre en place un établissement d'enseignement offrant un programme intégré combinant services de soins de santé primaires, enseignement et recherche. La sénatrice Kingston a été nommée au Sénat du Canada le 31 octobre 2023.

ALLOCUTION DE L'HONORABLE JOAN KINGSTON

Chers collègues, j'interviens aujourd'hui dans le cadre d'une interpellation pour parler d'une question de santé publique d'une importance capitale, à savoir l'augmentation alarmante des infections transmissibles sexuellement et par le sang, y compris le VIH. Je tiens tout d'abord à remercier le sénateur Cormier d'avoir lancé cette interpellation ainsi que les autres intervenants que nous avons entendus depuis.

Les infections à chlamydia, à la gonorrhée, à la syphilis, à l'hépatite B et C et au VIH vont de pair et les professionnels de la santé publique encouragent le dépistage simultané de ces infections pour une raison bien simple: si vous êtes à risque d'avoir contracté l'une d'entre elles, vous êtes à risque de toutes les avoir contractées. Il existe une publicité très intelligente pour le vaccin contre le zona que, soit dit en passant, je vous encourage tous à recevoir, de même que le vaccin contre le virus du papillome humain, dont on vient de parler. On y dit: «Le zona s'en fiche.» Eh bien, les infections transmises sexuellement et par le sang s'en fichent aussi. Elles se transmettent par l'échange de fluides génitaux, par un contact cutané intime et par le contact avec le sang. Comme elles sont souvent asymptomatiques dans les premiers stades, elles se transmettent facilement sans que l'on s'en rende compte.

Le VIH ne fait pas de discrimination. À l'échelle mondiale, 44% des nouvelles infections au VIH sont survenues chez les femmes et les filles de tous âges en 2023. En Afrique subsaharienne, les femmes et les filles de tous

âges représentaient 62% de toutes les nouvelles infections au VIH. Dans toutes les autres régions géographiques, y compris l'Amérique du Nord, plus de 73% des nouvelles infections au VIH en 2023 sont survenues chez les hommes et les garçons. En 2023, 4 000 adolescentes et femmes âgées de 15 à 24 ans ont été infectées par le VIH chaque semaine dans le monde, et 3 100 d'entre elles se trouvaient en Afrique subsaharienne. Le 1er décembre marquait à la fois la Journée mondiale du sida et le début de la Semaine de sensibilisation au sida chez les Autochtones.

Pendant cette période, nous nous souvenons des personnes qui ont succombé au VIH et nous manifestons notre soutien à celles qui en sont atteintes en sensibilisant la population, en approfondissant nos connaissances et en déployant des efforts pour mettre fin aux préjugés et à la discrimination liés au VIH.

Aujourd'hui, je compte me concentrer sur ces préjugés et cette discrimination, mais j'aimerais tout d'abord transmettre un message d'intérêt public. Le VIH peut être transmis de deux façons: par des rapports sexuels, ou par le partage d'aiguilles ou d'autres articles servant à s'injecter des drogues, y compris des stéroïdes ou des hormones. Le VIH peut aussi être transmis de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement; en partageant des aiguilles ou de l'encre servant à des tatouages; en partageant des aiguilles ou des bijoux utilisés pour un piercing; ou en partageant des aiguilles d'acupuncture. Il existe même un risque lorsqu'on partage des objets d'usage courant, comme

un coupe-ongle, ou tout ce qui peut transpercer la peau. Malheureusement, cela peut se produire sans que la personne infectée s'en rende compte. Il est également important de savoir que le VIH ne peut pas être transmis par une poignée de main; en travaillant ou en mangeant avec une personne qui a le VIH; en se faisant une accolade ou en s'embrassant; en toussant, en éternuant ou en crachant; en nageant dans une piscine; en s'assoit sur un siège de toilette; en buvant à une fontaine; en touchant à un insecte ou un animal; ou en faisant preuve de bonté et d'acceptation.

Depuis novembre 1985, tous les produits sanguins au Canada font l'objet d'un test de dépistage du VIH, afin de s'assurer que la transfusion sanguine est sans danger. Par ailleurs, il n'y a aucun risque de contracter le VIH en donnant du sang. Alors, comment se protéger et protéger les autres? Il faut d'abord connaître son état de santé et celui de son partenaire intime au moyen d'un test de dépistage.

Dans certaines circonstances, dans le cadre de soins prénataux de qualité, les femmes enceintes sont soumises à des examens de routine pour protéger le bébé à naître, ce qui permet d'offrir un traitement avant la naissance et d'offrir des soins appropriés pendant la période néonatale. Même s'il n'existe pas de vaccin pour prévenir le VIH ou l'hépatite — ou les autres maladies transmissibles sexuellement dont j'ai parlé —, des mesures peuvent être prises pour éviter de transmettre ou de contracter ces infections. Je souligne toutefois qu'elles ne peuvent pas être transmises par le contact avec une peau saine et intacte. Promouvoir l'utilisation de condoms pendant les rapports sexuels et les rendre facilement accessibles dans le cadre d'une stratégie de réduction des méfaits est une bonne politique publique.

Quand j'ai commencé à rencontrer des personnes exposées au VIH et à l'hépatite C en tant que professionnelle de la santé, au début des années 2000, les moyens de protection contre ces infections étaient limités, et les traitements étaient difficiles, voire inexistant. C'était une période plutôt effrayante. Les gens ne voulaient pas se faire dépister, parce qu'ils craignaient d'apprendre qu'ils étaient atteints. Aujourd'hui, grâce aux progrès de la pharmacologie, il existe un remède contre l'hépatite C et un traitement qui rend la charge virale du VIH indétectable et donc non transmissible aux partenaires intimes. Bref, il y a de l'espoir.

Il existe également des médicaments destinés à prévenir l'infection pour les personnes les plus exposées au risque de contracter le VIH. Les personnes séronégatives qui présentent un risque élevé de contracter le VIH peuvent bénéficier de la prophylaxie préexposition, ou PPrE. Celle-ci suppose de prendre certains médicaments contre le VIH afin de réduire le risque de contracter le VIH. Une personne commence la

PPrE avant d'être exposée au VIH. Quant aux personnes séronégatives qui ont pu être exposées au VIH, elles peuvent avoir recours à la prophylaxie post-exposition, ou PPE. Il faut commencer à prendre les médicaments pour la PPE dès que possible, c'est-à-dire dans les 72 heures suivant l'exposition au VIH, et il faut les prendre pendant 28 jours.

Les prestataires de services de santé publique et de services communautaires peuvent aider les gens à mieux comprendre et évaluer le risque, mais ils doivent le faire en tenant compte du fait que les comportements d'une personne ne représentent qu'une partie du tableau.

Pour cerner le risque d'infection par le VIH auquel une personne est exposée, il faut tenir compte de nombreux facteurs individuels, comportementaux et contextuels. Si les décisions et les actions personnelles peuvent influer sur le risque de contracter le VIH, d'autres facteurs sociaux et structurels, tels que les rapports de force dans les relations, les conditions de logement précaires ou le manque de revenus, peuvent également influer sur la vulnérabilité au VIH. Il peut être complexe et difficile d'expliquer comme il se doit la notion de risque.

Toutefois, comprendre les nombreux facteurs qui entrent en jeu dans le risque d'infection par le VIH permet non seulement d'aider les personnes concernées à estimer elles-mêmes la nature de ce risque, mais aussi de mieux soutenir celles qui font appel aux prestataires de services. Le risque est caractérisé par l'incertitude, et il ne survient pas en vase clos. Il dépend de nombreux différents facteurs qui peuvent évoluer dans le temps. De manière générale, les facteurs suivants peuvent influer sur le risque de contracter le VIH auquel une personne est exposée: la présence d'autres facteurs personnels tels que des problèmes de santé mentale ou la consommation de substances, qui peuvent influer sur le risque de diverses manières, par exemple en influençant le jugement ou la capacité de faire des choix et de négocier le consentement; un accès facile aux différentes stratégies de prévention du VIH; de même que des facteurs sociaux et structurels, notamment les formes d'oppression qui créent des inégalités en matière de santé, telles que le racisme et l'homophobie. Comprendre que le risque associé au VIH est produit et renforcé par des différences injustes en matière d'état de santé ou par une inégalité en matière de santé causée par des facteurs sociaux et structurels peut aider les fournisseurs de services à mieux répondre aux besoins globaux de leurs clients, par exemple en les aidant à accéder à d'autres services, dont le counseling ou les aides en matière de logement, et en plaident pour des changements systémiques plus larges, comme des modifications des politiques.

Au Canada, certains groupes démographiques ont des taux disproportionnellement élevés de séropositivité concentrés dans les communautés et les groupes marginalisés. Les groupes démographiques touchés de manière disproportionnée par le VIH au Canada sont les gais, les bisexuels et les autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes; les personnes bispirituelles; les personnes transgenres; les Autochtones — c'est-à-dire les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis —; les communautés africaine, antillaise et noire; et les personnes qui consomment des drogues. Cependant, cela ne veut pas dire qu'être membre d'un de ces groupes est un « facteur de risque » pour le VIH. En revanche, cela signifie que d'autres facteurs contribuent à accroître le risque à l'échelle du groupe.

Au Canada, les groupes démographiques qui ont des taux élevés de séropositivité subissent de manière disproportionnée un éventail de formes sociales et structurelles de discrimination et d'exclusion, par exemple le racisme, l'homophobie et la transphobie, qui exercent une influence sur les déterminants sociaux de la santé, comme l'itinérance, la pauvreté, l'isolement social et la capacité d'accéder aux services de santé, ce qui entraîne des inégalités en matière de santé. Dans le contexte du VIH, les inégalités en matière de santé dans ces groupes démographiques incluent une plus grande vulnérabilité face au VIH et de moins bons résultats en matière de santé pour les personnes qui vivent avec le VIH. Ces disparités peuvent également créer des conditions qui permettent au VIH de se propager plus rapidement dans la population, ce qui accroît encore les inégalités en matière de santé. Plus le nombre de personnes vivant avec le VIH est élevé dans une population donnée, plus il est probable qu'un membre de cette population soit exposé au VIH.

Le concept de risque est souvent utilisé, directement ou indirectement, pour blâmer les personnes pour les activités auxquelles elles participent. Il est important d'en être conscient lorsque l'on aborde la question du risque d'infection par le VIH avec les gens. Le fait de qualifier certaines activités de « risquées » ou de dire aux gens qu'ils ne devraient pas faire certaines choses peut renforcer leur sentiment d'oppression et d'exclusion. En outre, cette approche ne reconnaît pas que les activités susceptibles de conduire à la transmission du VIH sont parfois le résultat de facteurs indépendants de la volonté d'une personne et qui limitent ses choix. Par exemple, il peut y avoir un déséquilibre de pouvoir dans une relation sexuelle qui détermine l'utilisation de stratégies de prévention du VIH.

Cependant, une chose est sûre: indétectable égale intransmissible. Cela signifie qu'une personne vivant avec le VIH qui suit un traitement contre le VIH et maintient une charge virale indétectable ne transmettra pas le VIH par voie sexuelle. Une charge virale indétectable signifie que le risque de transmission sexuelle est nul.

Pour mettre fin aux inégalités et aux injustices, nous devons reconnaître l'impact que le VIH continue d'avoir sur les communautés qui luttent contre les difficultés sociales et économiques, ainsi que sur les communautés autochtones, les homosexuels, les bisexuels et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les personnes qui consomment de la drogue. Nous devons également reconnaître que de nombreuses personnes diagnostiquées séropositives peuvent être confrontées à des problèmes de santé mentale, en raison de la stigmatisation qui entoure le VIH et des émotions complexes qui accompagnent le diagnostic.

Tragiquement, la COVID-19 a eu un impact sur l'accès à de nombreux services spécialisés dans les infections transmissibles sexuellement et par le sang, y compris les tests de dépistage. En conséquence, au Canada, 1 722 nouveaux cas de VIH ont été diagnostiqués en 2021, soit 5 % de plus qu'en 2020. En 2020, les Autochtones représentaient près de 10 % de toutes les personnes vivant avec le VIH au Canada, alors qu'ils ne représentaient que 5 % de la population totale en 2021. Face au sombre tableau que dressent ces données, il est nécessaire de mettre au premier plan les voix et les expériences autochtones dans la prévention et la prise en charge dans les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Nous devons continuer à travailler ensemble pour intégrer davantage les connaissances traditionnelles et les pratiques adaptées à la culture dans nos approches des soins pour le VIH.

Les organismes communautaires restent essentiels à la mise en œuvre de projets locaux qui améliorent l'accès à la prévention, au traitement et aux soins liés au VIH et renforcent les stratégies de réduction des méfaits fondées sur des données probantes. Le Fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C du gouvernement fédéral et le Fonds pour la réduction des méfaits appuient les organismes et les projets communautaires de première ligne qui s'efforcent de prévenir les infections et d'améliorer l'accès aux traitements et aux soins. L'autodépistage du VIH est plus largement accessible, y compris dans les collectivités du Nord, éloignées et isolées du Canada, pour aider à atteindre les personnes non diagnostiquées comme première étape vers la mise en place de services adaptés à la culture.

En continuant d’élargir ces mesures, le Canada peut soutenir l’objectif mondial d’éliminer le VIH et le sida en tant que problème de santé publique d’ici 2030. L’Agence de la santé publique du Canada collabore avec tous les ordres de gouvernement ainsi que les collectivités régionales et locales. Chaque partenaire joue un rôle essentiel dans la mobilisation des personnes vivant avec le VIH et des personnes susceptibles de faire une infection afin de répondre à leurs besoins en matière de prévention, de dépistage, de traitement et de soutien.

Pendant la conférence AIDS 2022, le Canada a appuyé la déclaration mondiale « Indétectable = Intransmissible », ou I = I. Cela signifie que si une personne reçoit un traitement et maintient une charge virale supprimée, il n’y a effectivement aucun risque de transmettre sexuellement le virus à autrui. Promouvoir ce message est une façon de réduire la stigmatisation et la discrimination. Des cibles mondiales de dépistage et de traitement pour 2025 ont été établies. Ce projet, qui porte le nom de « 95-95-95 », demande à 95 % de toutes les personnes vivant avec le VIH de connaître leur statut, à 95 % de celles qui connaissent leur statut d'accéder à un traitement et à 95 % de celles qui reçoivent un traitement d'obtenir une suppression virale.

À l'échelle mondiale, en 2023, 86 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique. Parmi les personnes connaissant leur statut, 89 % suivaient un traitement. Parmi les personnes suivant un traitement, 93 % avaient une charge virale supprimée. Bien que les objectifs soient plus ou moins atteints pour certains groupes démographiques au Canada, et même s'il reste du travail à faire, la plupart des provinces s'approchent de ces objectifs.

La pandémie de COVID-19 a certes affecté les services de santé sexuelle, mais elle a également contribué à des avancées scientifiques prometteuses et à des moyens novateurs de mettre les gens en contact avec les services de dépistage, de traitement, de prévention et de soins, ce qui contribue à faire progresser collectivement les choses. Pour relever le défi permanent que représente le VIH, il faut adopter une approche globale. La mise à l'échelle des nouvelles technologies de diagnostic, comme les tests de dépistage aux points de service et les trousseaux d'autodépistage, viendra améliorer l'accessibilité et encourager la détection précoce, en particulier dans les régions éloignées et mal desservies. Les progrès de la recherche médicale et de la technologie ont considérablement amélioré la prévention et le traitement. De nouvelles technologies médicales permettront de prévenir les effets à long terme de ces infections.

Les gens qui vivent avec le VIH et qui suivent un traitement peuvent vivre longtemps, heureux et en santé. La première étape du traitement et des soins est de connaître son statut. J'encourage tout le monde à sensibiliser les gens et à faire tomber les préjugés liés au VIH. En travaillant ensemble, nous pouvons mettre un terme à la propagation du VIH.

Merci, woliwon.

SÉNATRICE ROSEMARY MOODIE (ONTARIO)



L'honorable Rosemary Moodie est une sénatrice indépendante représentant l'Ontario. Elle est coprésidente du Caucus parlementaire noir, présidente du Groupe sénatorial des Canadiens d'origine africaine et ancienne présidente du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. La sénatrice Moodie est une pédiatre née en Jamaïque, néonatalogiste principale, clinicienne-enseignante, et professeure de pédiatrie à l'Université de Toronto. Elle détient une maîtrise en administration des affaires et une maîtrise en administration publique. Tout au long de sa carrière, la sénatrice Moodie s'est engagée à réduire les inégalités sociales et les disparités en matière de santé au Canada et continue de défendre avec vigueur les droits des femmes, des enfants et des groupes marginalisés dans son travail au Sénat. Figure médicale reconnue à l'échelle nationale et internationale, la sénatrice Moodie a reçu de nombreux prix et distinctions en reconnaissance de son engagement, dont l'Ordre de l'Ontario.

ALLOCUTION DE L'HONORABLE ROSEMARY MOODIE

Honorables sénateurs, je vous retiens loin de vos lits. Je vous prie de m'en excuser. Toutefois, je suis honorée aujourd'hui de contribuer à cette interpellation sur la question cruciale de santé publique que constituent les infections transmissibles sexuellement et par le sang, qu'on appelle aussi ITSS, au Canada.

Pour commencer, je tiens à remercier le sénateur Cormier pour le leadership dont il a fait preuve dans ce dossier. Dans son discours d'ouverture, le sénateur Cormier nous a parlé de la situation critique où l'on se trouve en matière de prévention, de diagnostic et de traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang, surtout du VIH.

Dans le peu de temps qui m'est imparti, je souhaite me concentrer plus particulièrement sur les répercussions des infections transmissibles sexuellement et par le sang sur les enfants, car, même si cela peut surprendre, ces infections peuvent entraîner des répercussions qui changent la vie des enfants et des jeunes — ce que j'ai moi-même pu constater en tant que pédiatre et spécialiste des nouveau-nés.

Je tiens d'abord à réfuter la fausse idée voulant que les infections transmissibles sexuellement et par le sang ne touchent que les personnes actives sexuellement. En fait, la transmission de la mère à l'enfant peut se produire dans l'utérus, avant la naissance de l'enfant, et elle entraîne des conséquences dévastatrices. Par exemple, la mort du fœtus, ou mortinaissance, survient dans environ 30 à 40 % des

grossesses lorsque la mère est atteinte d'une syphilis non traitée. Les enfants qui survivent peuvent souffrir de troubles neurologiques, d'anomalies osseuses et de surdité. Même les bébés qui n'ont pas d'infection congénitale transmissible sexuellement et par le sang à la naissance, mais qui sont exposés à un risque d'infection, doivent subir des tests exhaustifs qui comportent des risques et peuvent être très invasifs.

Nous devons nous en préoccuper, car, entre 2018 et 2022, le taux de syphilis congénitale a augmenté de 599 % — vous m'avez bien entendue — selon le Relevé des maladies transmissibles au Canada de 2022. Il est donc urgent que les autorités de santé publique s'assurent que la prévention, le dépistage et les traitements sont largement accessibles.

On reconnaît dans une certaine mesure qu'il est nécessaire de s'attaquer à ce problème. Dans son discours, le sénateur Cormier a parlé du cadre d'action pancanadien sur les ITSS et du plan d'action sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang, qui ont fixé des objectifs cruciaux pour le Canada, notamment aucune nouvelle infection par le VIH, aucun décès lié au sida et une réduction de 90 % de l'incidence de la syphilis et de la gonorrhée d'ici 2030.

Évidemment, les statistiques présentées tout à l'heure nous montrent que, malgré les politiques et les plans d'action, la situation se dégrade. C'est entre autres parce que nous n'arrivons pas à fournir aux adolescentes et aux jeunes mères

les soins dont elles auraient besoin. Les lignes directrices sur le dépistage et les recommandations relatives aux traitements ne suffisent pas pour que soient offerts, au Canada, des soins prénataux et des traitements contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang en quantité suffisante. Parmi les 3 700 bébés nés avec la syphilis en 2022, la mère n'avait reçu aucun soin prénatal dans 40 % des cas.

La dégradation de la situation peut également s'expliquer par l'accent mis sur la prévention du VIH dans la publicité visant à promouvoir les pratiques sexuelles sans risque au Canada, alors que des maladies comme la syphilis, la chlamydia et la gonorrhée sont largement négligées. Je dirais que ce déséquilibre a engendré une perception dans le public qui cause un certain abandon des pratiques sexuelles sans risque et de l'usage du préservatif, en particulier depuis la fin de la pandémie. Les efforts de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang ont diminué. Le dépistage aurait certainement été utile pour inverser cette tendance, et l'inaction coûte cher.

Selon une étude réalisée en 2021 au Manitoba, le coût direct à court terme du traitement d'un seul cas sans complication de syphilis congénitale atteint presque 20 000 \$. En 2021, les 81 cas qui se sont produits ont entraîné une dépense totale de 1,5 million de dollars. Voilà ce qu'a coûté cette maladie au système de santé du Manitoba en seulement un an. Par comparaison, un dépistage prénatal systématique parmi les 16 800 grossesses qui se produisent chaque année au Manitoba coûterait moins de 140 000 \$. La différence de prix entre la prévention et le traitement est considérable.

Il est clair qu'accroître le dépistage préventif est avantageux pour réduire les coûts. Le Canada n'a pas réussi à éradiquer ou atténuer la propagation des infections transmissibles sexuellement et par le sang, ce qui nous place devant une question importante: comment pouvons-nous nous assurer que les femmes, les enfants et les adolescents de partout au Canada puissent avoir accès aux services de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang et aux traitements dont ils ont besoin?

Le Plan d'action 2024-2030 du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang résume les stratégies essentielles, comme faciliter l'accès aux tests et améliorer la surveillance des données. Cependant, nous gagnerions à essayer de nous inspirer des pays comparables au nôtre. À dire vrai, le Canada n'est pas le seul à souffrir de lacunes dans les services de santé-sexualité.

La pandémie de COVID-19 a fait reculer de nombreux pays, qui indiquent avoir connu une baisse des tests de prévention et des services de traitement des infections transmissibles sexuellement. Ces infections sont donc en hausse dans le

monde. Les pays qui se montraient auparavant efficaces dans la surveillance des infections transmissibles sexuellement, comme le Royaume-Uni et les États-Unis, affichent, eux aussi, une hausse des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Par exemple, une souche hautement résistante de gonorrhée est de plus en plus signalée dans des pays comme l'Australie, le Danemark, la France, l'Irlande et le Royaume-Uni.

Nous voyons donc que le Canada n'est pas le seul à rencontrer les mêmes difficultés et que nous pouvons tirer des leçons des réussites et des échecs de ces pays. L'Allemagne a obtenu de bons résultats avec la campagne LIEBESLEBEN, un titre qui signifie «vie amoureuse». Depuis près de 40 ans, cette campagne allie la publicité dans les médias de masse et les communications personnelles afin de cibler des groupes précis et de les sensibiliser aux risques et aux répercussions des infections transmissibles sexuellement et par le sang. La communication créative, par exemple avec des bandes dessinées dans les espaces publics et des messages dans les médias sociaux, fait partie intégrante de cette campagne. Cibler intentionnellement des groupes de la société canadienne parmi lesquels les infections transmissibles sexuellement et par le sang sont en hausse pourrait nous aider à combler les lacunes dans l'éducation et la sensibilisation de ces groupes.

La conversation que nous avons au Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang doit évoluer. Nous devons donner la priorité aux ITSS dans notre système d'éducation, de la même manière que nous accordons de l'attention à la nutrition, à l'exercice physique et à une bonne santé mentale. En tant que pays, nous avons besoin de programmes de dépistage plus solides. Nous devons améliorer l'accès aux soins prénatals, en particulier pour les mères défavorisées et dans les régions rurales et éloignées.

J'aimerais m'inspirer d'un exemple britannique. Dans A Framework for Sexual Health Improvement in England, on parle notamment de la technologie pour soutenir l'autogestion de la santé. Par exemple, l'outil en ligne My Contraception Tool aide les gens à choisir la méthode de contraception qui leur convient le mieux, et la ressource en ligne myHIV aide les gens à gérer certains aspects de leur VIH.

Afin de réussir à réduire les taux d'ITSS au Canada, les services de santé sexuelle devraient être adaptés aux besoins des jeunes et s'attaquer aux défis uniques auxquels les jeunes sont confrontés lorsqu'ils cherchent à obtenir des soins. Je crois que pour diminuer les ITSS au Canada, nous devons appuyer des stratégies novatrices en matière d'éducation sexuelle, de lutte contre la stigmatisation et de dépistage

préventif. Nous avons été témoins de l'importance des infrastructures sanitaires et de la nécessité d'investir dans les soins de santé et l'éducation.

Honorables collègues, les efforts continus déployés à l'échelle nationale pour s'attaquer au problème des ITSS au Canada me semblent utiles. Il reste encore beaucoup à faire pour que tous les Canadiens aient facilement accès aux programmes de dépistage et aux traitements dont ils ont besoin. Je suis consciente que certains groupes sont particulièrement vulnérables: les peuples autochtones, les communautés marginalisées et les personnes qui font face à des barrières sociales, comme l'itinérance, la toxicomanie et l'incarcération. À cet égard, je tiens à souligner la nécessité de rapidement mettre en œuvre des politiques concrètes et des programmes pour soutenir les personnes qui ont de la difficulté à accéder aux soins.

Il est temps d'agir. Ne nous contentons pas d'être sur la bonne voie; montrons la voie dans la lutte contre les ITSS, en tirant des leçons des expériences mondiales et en assurant un meilleur avenir à tous les Canadiens.

Merci.

SÉNATRICE FLORDELIZ (GIGI) OSLER (MANITOBA)



L'honorable Flordeliz (Gigi) Osler est une médecin canadienne, éducatrice et défenseure de l'équité dans les soins de santé. Elle est une ORL (oto-rhino-laryngologue) de renommée internationale et une ardente défenseure de la santé et des soins de santé. Elle a occupé au fil des années des postes de direction au sein de plusieurs organisations médicales et, en 2018, en tant que Canadienne de première génération, elle est devenue la première femme chirurgienne et la première femme racisée élue présidente de l'Association médicale canadienne (AMC), où elle a dirigé l'élaboration de la toute première politique de l'AMC sur l'équité et la diversité.

Nommée au Sénat en 2022, la Dre Osler continue de militer pour des soins de santé accessibles et équitables. Dans ses interventions sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang, elle a souligné l'importance de la sensibilisation et de la prévention, mettant particulièrement en lumière le rôle du virus du papillome humain (VPH) dans le développement de plusieurs cancers. Ses contributions témoignent de son engagement à relever les défis de santé publique et à réduire la stigmatisation grâce à des discussions éclairées sur les politiques.

ALLOCUTION DE L'HONORABLE FLORDELIZ (Gigi) OSLER

Honorables sénateurs, je prends la parole aujourd'hui dans le cadre de l'interpellation sur l'augmentation alarmante des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada, y compris le VIH-sida. Je tiens à remercier le sénateur Cormier d'avoir attiré l'attention sur cet important problème de santé publique. Il a parlé de l'augmentation du taux de VIH-sida. La sénatrice Simons a parlé du retour de la syphilis. La sénatrice Moodie a parlé de l'impact des infections transmissibles sexuellement et par le sang sur les enfants, et vous venez d'entendre la sénatrice Pate parler de l'impact de ces infections sur les personnes incarcérées.

Aujourd'hui, la première partie de mon discours portera sur l'infection transmise sexuellement virale la plus courante et sur ses liens avec le cancer. En fait, cette infection transmise sexuellement virale peut engendrer six cancers différents. La deuxième partie de mon intervention portera sur l'un de ces cancers en vue de mieux le faire connaître et d'aider à réduire la stigmatisation qui l'entoure. La dernière partie portera sur la manière dont ces cancers peuvent être évités.

Vous l'avez peut-être déjà deviné: je parle du virus du papillome humain, également connu sous le nom de VPH. Les papillomavirus humains sont de petits virus à ADN double brin qui affectent les cellules épithéliales. La plupart des infections par le VPH surviennent sans aucun symptôme et disparaissent sans traitement. En l'absence de vaccination, on estime que 75 % des personnes au Canada auront au moins une infection par le VPH au cours de leur

vie, la prévalence la plus élevée étant observée chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans. Plus de 200 génotypes de VPH ont été identifiés et l'infection par des génotypes à haut risque peut entraîner un cancer.

Les génotypes à faible risque ne provoquent généralement pas de cancer, mais peuvent être à l'origine d'affections comme les condylomes ano-génitaux et la papillomatose respiratoire récurrente. Au Canada, le VPH est responsable de près de 3 800 nouveaux cas de cancer chaque année, et le virus est à l'origine de presque tous les cancers du col de l'utérus, de 90 % des cancers de l'anus, de 40 % des cancers du vagin et de la vulve, de 40 à 50 % des cancers du pénis et de 60 à 73 % des cancers de l'oropharynx.

Chers collègues, avant de venir au Sénat, j'étais oto-rhino-laryngologue, c'est-à-dire chirurgien de l'oreille, du nez et de la gorge. Au cours de ma carrière, j'ai diagnostiqué beaucoup trop de cancers de l'oropharynx, ce qui nous amène à la deuxième partie de mon intervention.

Les cancers de l'oropharynx peuvent apparaître au niveau des amygdales, de la base de la langue, du palais mou et de la paroi postérieure de la gorge ou du pharynx. Ces cancers surviennent le plus souvent entre 60 et 64 ans et touchent quatre fois plus les hommes que les femmes. Le mode de transmission du virus du papillome humain, ou VPH, à l'origine du cancer de l'oropharynx n'est pas clair, mais le virus peut se transmettre par le contact de la bouche avec

la bouche, les organes génitaux ou l'anus. La plupart des personnes exposées au VPH par voie orale sont généralement asymptomatiques, et le virus est éliminé par le système immunitaire en l'espace d'un ou deux ans sans traitement médical. Toutefois, chez certaines personnes, le virus peut envahir le système immunitaire et rester latent dans l'oropharynx pendant de nombreuses années.

Historiquement, les principaux facteurs de risque du cancer de l'oropharynx étaient le tabac et l'alcool, mais, aujourd'hui, les données montrent clairement que le VPH, en particulier les génotypes à haut risque, est le principal facteur de risque. À l'échelle mondiale, la prévalence du cancer de l'oropharynx augmente rapidement, en particulier dans les pays développés et à revenu élevé. Les données du Canada concordent avec celles des États-Unis, où la proportion de cancers de l'oropharynx causés par le VPH est passée de 16 % dans les années 1980 à plus de 70 % au début des années 2000. En 2011, on prévoyait que le cancer de l'oropharynx dépasserait le cancer du col de l'utérus pour devenir le cancer lié au VPH le plus fréquent d'ici 2020. Étonnamment, cela s'est produit l'année suivante, en 2012.

Chers collègues, bien que cette interpellation sur les infections transmissibles sexuellement puisse vous faire penser que cette question ne vous concerne pas, permettez-moi de raconter l'histoire vraie d'une personne que je connais. Je tiens à préciser qu'il ne s'agit pas d'un ancien patient. À l'époque, il s'agissait d'un homme de 50 ans, en bonne santé et actif, qui présentait depuis plusieurs mois une masse dure dans le haut du cou, qui ne disparaissait pas et qui, en fait, grossissait lentement. Il ne présentait aucun autre symptôme. Il avait arrêté de fumer plusieurs années auparavant et était un buveur occasionnel. En d'autres termes, il ne présentait pas les facteurs de risque historiques d'un cancer de la tête et du cou. Pourtant, on lui a diagnostiqué un cancer de l'oropharynx, et oui, il était associé au VPH. Il était mal à l'aise, car le papillomavirus est une infection sexuellement transmissible. Il craignait de passer pour un mari infidèle et de transmettre le papillomavirus à son épouse. Les préjugés sont puissants. La bonne nouvelle, c'est qu'il a été diagnostiqué correctement, qu'il a reçu un traitement approprié, qu'il a appris qu'il ne transmettrait pas le papillomavirus à son épouse et qu'il n'a plus de cancer depuis plusieurs années. Il sait maintenant que les cancers associés au VPH sont en hausse et qu'il n'a aucune raison d'être gêné.

Pour la troisième et dernière partie de mon discours sur la prévention des cancers associés au VPH, je vais lire des extraits de la mise à jour de juillet 2024 du Comité consultatif national de l'immunisation du Canada, ainsi que ses dernières recommandations :

La vaccination contre le VPH, ainsi que les stratégies de surveillance et de dépistage, sont des mesures de santé publique essentielles pour la prévention des cancers associés au VPH. Le Comité consultatif national de l'immunisation a formulé trois fortes recommandations, ce qui veut dire qu'elles s'appliquent à la plupart des populations et des personnes et devraient être suivies, à moins qu'il n'y ait une justification claire et convaincante pour une autre approche, et une recommandation discrétionnaire, ce qui veut dire qu'elle peut être envisagée pour certaines populations ou personnes dans certaines circonstances.

Les trois fortes recommandations sont les suivantes : on devrait vacciner contre le virus du papillome humain, ou VPH, toutes les personnes âgées de 9 à 26 ans ; les personnes âgées de 9 à 20 ans devraient recevoir une dose de vaccin contre le VPH et les personnes âgées de 21 à 26 ans devraient recevoir deux doses de vaccin contre le VPH ; le vaccin nonavalent devrait être utilisé, car il offre une protection contre le plus grand nombre de types de VPH et de maladies associées. Selon la quatrième recommandation, qui est discrétionnaire, les personnes de 27 ans et plus peuvent recevoir le vaccin contre le VPH après avoir pris une décision partagée et en avoir discuté avec un professionnel de la santé.

Partout au Canada, les vaccins contre le VPH sont actuellement offerts aux enfants d'âge scolaire et aux adolescents dans le cadre de programmes scolaires financés par l'État. Ces programmes ont d'abord été lancés en 2007-2008 pour les étudiantes et ont été étendus aux deux sexes biologiques en 2017 dans l'ensemble des provinces et des territoires. Cependant, de nombreux enfants et adolescents ne sont toujours pas vaccinés, et selon des estimations récentes, la couverture vaccinale demeure inférieure à l'objectif de 90 % avant l'âge de 17 ans. Des données récentes sur la vaccination montrent que certaines régions, par exemple, les populations rurales et éloignées, ont des taux de vaccination plus faibles et des taux plus élevés de cancer du col de l'utérus. Plus précisément, les populations des Premières Nations, des Métis et des Inuits au Canada présentent des taux plus élevés d'infection au VPH et de maladies connexes, ainsi que des taux plus faibles de dépistage du cancer du col de l'utérus, un problème qui peut être aggravé par les préjugés et la discrimination qui nuisent à l'accès aux soins de santé. Il convient de noter que des données canadiennes récentes indiquent que les femmes autochtones sont deux à vingt fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du col de l'utérus que les femmes non autochtones, et qu'elles ont un taux de mortalité dû au cancer du col de l'utérus quatre fois plus élevé que celui des femmes non autochtones.

Les populations d'immigrantes et de réfugiées au Canada présentent également des taux de dépistage du cancer du col

de l'utérus plus faibles et des taux d'infection par le VPH plus élevés, ce qui les expose à un risque accru de morbidité et de mortalité associées au VPH. L'intersectionnalité des caractéristiques des habitants, leur race et leur statut socioéconomique peuvent aggraver les inégalités en matière de santé.

Les stratégies d'atténuation qui pourraient promouvoir l'équité peuvent inclure des programmes de rattrapage sur mesure; un accès gratuit et élargi aux vaccins, notamment dans les établissements de soins primaires et les pharmacies; des campagnes de vaccination scolaire supplémentaires; des démarches de consentement simplifiées; et une réaffectation des ressources pour offrir des doses aux populations les plus vulnérables. Le vaccin est disponible en vente privée pour les personnes qui ne sont pas incluses dans les programmes de vaccination contre le VPH financés par l'État.

Des données provenant du monde entier confirment l'efficacité du vaccin contre le virus du papillome humain dans la prévention du cancer du col de l'utérus. En Angleterre, l'incidence du cancer du col de l'utérus a été réduite de 87% chez les femmes dans la vingtaine qui se sont vu proposer le vaccin à l'âge de 12 ou 13 ans dans le cadre du programme britannique de vaccination contre le virus du papillome humain. Chez les filles et les femmes suédoises âgées de 10 à 30 ans, la vaccination contre le virus du papillome humain a été associée à une réduction substantielle du risque de cancer invasif du col de l'utérus au sein de la population.

Au Canada, si l'on tient compte de la couverture vaccinale de 85 % observée au Québec, on prévoit une quasi-élimination des infections à virus du papillome humain à haut risque chez les femmes et les hommes au cours des 15 prochaines années. En Ontario, où la couverture vaccinale se situe entre 62 et 67 %, la projection est plus faible, mais elle atteint tout de même une réduction de 90 % des infections à virus du papillome humain. Enfin, les données montrant une réduction d'autres cancers associés au virus du papillome humain, comme le cancer de l'oropharynx, sont plus limitées et plus tardives en raison de leur progression plus lente que celle du cancer du col de l'utérus.

En conclusion, une approche préventive de la promotion de la santé met l'accent sur la sensibilisation et les causes profondes de la maladie plutôt que sur les seuls symptômes.

Chers collègues, je vous remercie de votre attention et de votre intérêt pour la santé.

Merci. Meegwetch.

SÉNATRICE KIM PATE (ONTARIO)



Kim Pate a été nommée au Sénat du Canada le 10 novembre 2016. D'abord et avant tout mère de Michael et Madison, elle est aussi une avocate de renommée nationale ayant œuvré pendant plus de 45 ans dans divers domaines liés aux systèmes juridique et pénal, travaillant avec et au nom des personnes marginalisées, victimisées, criminalisées et institutionnalisées, en particulier les jeunes, les hommes et les femmes placés en établissement correctionnel. Son travail au Sénat est centré sur le développement de systèmes sociaux, économiques, et de santé, qui sont robustes et ne laissent aucun Canadien de côté.

ALLOCUTION DE L'HONORABLE KIM PATE

Honorables sénateurs, je prends la parole aujourd’hui au sujet de l’interpellation du sénateur Cormier, qui attire l’attention sur la hausse alarmante des infections transmissibles sexuellement et par le sang, ou ITSS, au Canada, incluant le VIH-sida. Je tiens à vous remercier, sénateur Cormier, du leadership dont vous faites preuve dans ce dossier. Je vous remercie également d’avoir expliqué avec clarté et éloquence que cette crise soulève des préoccupations relevant à la fois de la santé publique, des droits de la personne, de l’égalité et de la justice.

L’augmentation des taux d’ITSS et de VIH-sida n’est pas seulement une urgence de santé publique : elle est également le reflet de l’incapacité des services de santé et des services sociaux à rejoindre efficacement les personnes qui ont été marginalisées de manière disproportionnée, notamment en raison du colonialisme systémique, du racisme, de la misogynie, de l’hétérosexisme, du capacitisme et des préjugés de classe, afin de bien répondre à leurs besoins. Derrière les murs des prisons, ces inégalités déjà flagrantes et inadmissibles sont grandement amplifiées par un environnement punitif dur. Non seulement les prisons ne fournissent pas des soins de santé adéquats aux personnes incarcérées, mais les politiques et les pratiques correctionnelles continuent de créer des obstacles qui empêchent les détenus d’accéder aux soins de santé communautaires et aux autres services et mesures de soutien dont ils ont un urgent besoin.

Au Canada, selon le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, une incarcération récente est corrélée à un risque accru de contracter des infections sexuellement transmissibles et des infections transmises par le sang. Le risque de contracter l’hépatite C augmente de 64 % et celui de contracter le VIH-sida, de 81 %. Compte tenu de l’incarcération massive des Noirs et des Autochtones, en particulier des femmes autochtones, qui résulte directement du passé colonialiste du Canada, ces risques ne sont pas inévitables et ne constituent pas une simple crise sanitaire. En fait, ils s’inscrivent dans la continuité de la marginalisation systémique qui expose de manière disproportionnée et injuste les personnes à des préjudices évitables.

D’autres facteurs de risque clés et interdépendants des ITSS comprennent la toxicomanie et le logement inadéquat, qui, ensemble, font que les femmes dans les prisons fédérales canadiennes sont particulièrement à risque. Dans les prisons fédérales, 9 femmes sur 10 subissent des violences physiques ou sexuelles.

Comme le souligne la recherche du Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, il existe des liens évidents entre l’incarcération des femmes, la pauvreté, le manque de soutien social et les risques d’ITSS liés aux partenaires violents, aux rapports sexuels forcés, au travail sexuel sous contrainte et à d’autres formes d’exploitation sexuelle, ainsi qu’à la consommation de substances, notamment comme moyen pour les femmes de s’anesthésier face à ces

réalités tandis qu'elles peinent à composer avec la violence, les agressions et la pauvreté ainsi qu'à y survivre. Comme l'a examiné l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées et comme le soulignent ses appels à la justice, pour un trop grand nombre de femmes, les facteurs mêmes qui ont conduit à leur criminalisation sont également ceux qui mettent davantage leur santé et leur vie en danger dans les prisons fédérales.

Dans les prisons, les taux d'infection sont disproportionnellement élevés, en grande partie à cause du manque flagrant de programmes et de soutien pour les toxicomanes qui entrent en prison et au partage subséquent de seringues entre les détenus. Depuis le début des années 1990, les autorités correctionnelles et sanitaires au Canada et à l'étranger recommandent des programmes d'échange de seringues dans les prisons. En 2006, l'Agence de la santé publique du Canada a publié une étude sur l'efficacité et l'analyse risques-avantages d'un programme d'échange de seringues en prison, qui a révélé que l'échange de seringues pourrait réduire efficacement la transmission du VIH et de l'hépatite C. En 2018, le Service correctionnel du Canada a enfin lancé le Programme d'échange de seringues dans les prisons qui, malheureusement et malgré les besoins criants, n'est actuellement offert que dans une petite partie des prisons du Canada. Ce programme vise à mettre en œuvre des mesures pour lutter contre la consommation de drogues et la toxicomanie dans les établissements correctionnels fédéraux. Cependant, son efficacité a été minée par des politiques et des pratiques correctionnelles généralisées qui accordent la priorité à la répression de l'usage des drogues.

Voici ce qu'en dit l'enquêteur correctionnel:

«Le maintien d'une approche de tolérance zéro envers les drogues, qui repose sur des mesures de détection, de discipline et de répression toujours plus intrusives — fouilles à nu, fouilles des cavités corporelles, fouilles des cellules, inculpations, analyses d'urine — est un jeu coûteux aux rendements décroissants. Si une personne est désespérée, endettée ou dépendante au point de dissimuler des drogues dans des cavités corporelles, avec des conséquences potentiellement mortelles, alors ce niveau de désespoir devrait certainement nous inciter à envisager d'autres approches moins intrusives, fondées sur des données probantes [et la compassion] pour lutter contre les méfaits de la consommation de drogues illicites derrière les barreaux.»

Pour être plus précis, dans son rapport annuel de 2021-2022, l'enquêteur correctionnel a conclu qu'un nombre étonnamment faible de participants avait pu avoir accès au Programme d'échange de seringues dans les prisons. Selon le Syndicat des agents correctionnels du Canada, qui

représente les gardiens des pénitenciers fédéraux, seulement 50 prisonniers environ participent au programme sur une population carcérale de près de 13 000 détenus. L'enquêteur correctionnel a critiqué le caractère restrictif des critères d'admissibilité au programme exigés par Service correctionnel Canada, comme une évaluation de la menace et des risques. Il a critiqué aussi le manque de confidentialité dont bénéficient les patients ainsi que l'apparence de participation de la Commission des libérations conditionnelles.

Les détenus s'inquiètent à juste titre de la confidentialité de leurs renseignements médicaux et de la possibilité que ces renseignements, ainsi que leur participation au programme lui-même, soient utilisés contre eux dans le cadre des délibérations visant à déterminer quand et comment ils pourront réintégrer la société. Compte tenu du manque de planification et d'une gestion défaillante du Programme d'échange de seringues dans les prisons, la plupart des détenus n'en connaissaient pas l'existence. Selon des données du système correctionnel, parmi les détenus qui finissent par être admissibles au programme, moins de 20 % y participent activement, un facteur qui a été noté dans les analyses du problème des surdoses et des décès dans les prisons.

Les cartes de vœux que les députés et les sénateurs ont reçues l'année dernière de la part du Syndicat des agents correctionnels du Canada montraient clairement que le Service correctionnel du Canada sape son propre programme d'échange de seringues dans les prisons. Lorsqu'elles ont ouvert ces cartes, bon nombre de nos équipes ont été pour le moins déconcertées de trouver une série de commentaires inappropriés et stigmatisants ainsi qu'un stylo ressemblant à une seringue ensanglantée, qui visait à semer la peur et le doute quant à des stratégies éprouvées de réduction des risques.

Le syndicat a fait valoir qu'il serait préférable d'avoir, dans les prisons fédérales, des sites de prévention des surdoses plutôt que des échanges de seringues. Au début de l'année 2024, seulement trois sites de ce type étaient en fonction. Pour les détenus, l'accès à ces sites comporte des problèmes en grande partie semblables à ceux qui sont associés aux échanges de seringues, en particulier en ce qui concerne le risque d'être stigmatisé ou d'être la cible de punitions. En outre, il est impossible pour de nombreux détenus de dépendre de la consommation supervisée en raison des limites décrites par l'enquêteur correctionnel, notamment les heures d'ouverture restreintes et l'absence d'un soutien véritable de la part des pairs.

Le Service correctionnel du Canada a la responsabilité d'assurer un environnement sûr aux détenus fédéraux. La position du Syndicat des agents correctionnels du Canada

est plus que décevante. Nos expériences — l'exemple le plus récent, ce sont les crises sanitaires dans les prisons fédérales en lien avec la pandémie de COVID-19 — mettent certainement en évidence le fait que ne pas s'occuper des risques pour la santé en milieu carcéral de manière proactive et efficace augmente les risques pour la santé publique de toutes les personnes qui s'y trouvent, tant les employés que les détenus, et, par extension, de la population. L'approche des services correctionnels à l'égard des infections transmissibles sexuellement et par le sang met en évidence ce que nous savons depuis longtemps au sujet des soins dans les prisons fédérales : sur le plan de la sécurité ainsi que de la gestion du comportement et du risque, il ne s'agit pas d'un environnement sûr ni, de toute évidence, d'un environnement thérapeutique propice lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins en matière de santé et de toxicomanie.

La Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition prévoit la possibilité, à laquelle on a trop rarement recours, de transférer les détenus en milieu communautaire, y compris dans des hôpitaux provinciaux et territoriaux. Si nous voulons lutter efficacement contre la discrimination et les inégalités systémiques qui menacent la santé et la vie des personnes les plus marginalisées dans les prisons fédérales, il est temps d'adopter des mesures comme celles qui sont proposées dans le projet de loi S-230, de manière à donner une impulsion à ces options communautaires. Malheureusement, la situation perdure après la sortie de prison. Les préjugés qui entourent le fait d'avoir un casier judiciaire aggravent la défavorisation et la marginalisation économiques et sociales existantes, ainsi que les risques pour la santé et la sécurité qui en découlent, y compris en raison des infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Les Noirs, les Autochtones, les personnes qui ont des besoins en matière de santé mentale ou de toxicomanie, les femmes qui ont été victimes de violence et les membres de la communauté 2ELGBTQIA+ — tous des groupes surreprésentés dans les prisons fédérales et davantage susceptibles de contracter des infections transmissibles sexuellement et par le sang — comptent parmi les gens à qui profiterait le plus la mise en place de réseaux de soutien dans la société et la correction des lacunes et des défaillances des filets de sécurité sociale existants, qui trop souvent sont à l'origine de leurs démêlés avec la justice ou sont la raison pour laquelle ils ont dû être placés dans un établissement.

Comme l'a fait remarquer Nelson Mandela à propos de la crise du sida :

«Plus nous manquons de courage et de volonté d'agir, plus nous condamnons à mort nos frères et nos sœurs, nos enfants et nos petits-enfants. Lorsque l'on écrira notre histoire, se rappellera-t-on de nous comme d'une génération qui a tourné le dos à une crise mondiale ou se souviendra-t-on plutôt que nous avons fait le bon choix?»

L'incarcération ne devrait pas être une condamnation à mort.

Nous avons le devoir de remédier aux défaillances systémiques qui perpétuent les crises sanitaires et de faire respecter la dignité et les droits de toutes les personnes, peu importe leur situation. Je recommande vivement que nous travaillions ensemble pour demander des comptes au Service correctionnel à l'appui d'une stratégie globale de réduction des méfaits et des solutions communautaires parallèles à l'incarcération, de manière à protéger non seulement la santé des détenus et du personnel, mais aussi celle de notre société dans son ensemble. Ne manquons pas à notre devoir de veiller à ce que justice et humanité aillent de pair. Faisons en sorte que, lorsque l'on écrira notre histoire, on se rappelle que nous avons fait le bon choix.

Je vous remercie encore une fois, sénateur Cormier, de cette interpellation que vous avez lancée et de tout ce que vous faites pour tellement de gens.

Meegwetch, merci.

SÉNATEUR MOHAMED-IQBAL RAVALIA (TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR)



Le sénateur Mohamed-Iqbal Ravalia est un médecin et éducateur médical respecté qui représente la province de Terre-Neuve-et-Labrador. Le sénateur Ravalia est né et a grandi dans le pays d'Afrique australe alors appelé Rhodésie (aujourd'hui le Zimbabwe). Il a immigré au Canada en 1984 et a exercé la médecine familiale à Twillingate (T.-N.-L.) jusqu'à sa nomination au Sénat en juin 2018. Représentant fièrement les intérêts régionaux de ses concitoyens Terre-Neuviens et Labradoriens, le sénateur Ravalia concentre ses efforts sur les questions touchant la ruralité, les populations marginalisées, la gestion des ressources, les soins aux aînés et les besoins en santé. En tant qu'immigrant issu d'un groupe minoritaire, son expérience enrichit son approche en matière de santé publique et de soins de santé. Le sénateur Ravalia est particulièrement conscient des impacts, des défis et de la stigmatisation liés aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), y compris le VIH/sida, au Canada et dans le monde entier.

ALLOCUTION DE L'HONORABLE MOHAMED-IQBAL RAVALIA*

Honorables sénateurs, je souhaite aujourd'hui intervenir dans le cadre de l'interpellation du sénateur Cormier sur la hausse inquiétante que connaît le Canada des infections transmissibles sexuellement et par le sang, ou ITSS, y compris du VIH/sida. Je tiens tout d'abord à féliciter le sénateur Cormier de consacrer autant d'énergie à cet important problème de santé publique et à prôner l'action dans un dossier aussi critique. La résurgence alarmante des ITSS – les cas de gonorrhée ont plus que doublé depuis 10 ans, tandis que ceux de syphilis ont quintuplé – exige une intervention concertée et immédiate si l'on veut préserver la santé et le bien-être des Canadiens. Car derrière ces statistiques se cachent de vraies personnes dont la vie, et celle de leur famille, de leurs amis et de leur entourage, est profondément bouleversée. Le coût humain doit être la considération numéro un de tous nos efforts.

Plus tôt cette année, le gouvernement fédéral a publié le Plan d'action 2024-2030 sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Cette vaste stratégie a pour objectif de réduire les répercussions des ITSS sur la santé d'ici 2030, comme le Canada s'y est engagé sur la scène internationale. Elle mise sur les avancées scientifiques, elle fait de l'équité en matière de santé une priorité et elle tire les leçons qui s'imposent de la pandémie de COVID-19. Le soutien aux dirigeants des Premières nations, des Inuits et des Métis et la reconnaissance du droit de ces peuples à l'autodétermination, la lutte contre les préjugés et la

discrimination, l'amélioration des méthodes de collecte et de suivi des données et l'intensification des initiatives de prévention figurent parmi ses plus grandes priorités. Si on ajoute les 2,5 millions de dollars annoncés plus tôt cette année, ces engagements constituent un bon pas en avant.

J'ai moi-même pu constater à quel point les obstacles aux soins, les préjugés et les craintes concernant la confidentialité nuisent tout particulièrement aux personnes des régions rurales et éloignées, y compris les Autochtones. S'il était plus facile d'avoir accès aux outils de diagnostic dernier cri, comme les trousseaux d'autodépistage et les tests hors laboratoire, et si nous faisions plus de place aux tests anonymes, il y aurait beaucoup plus de gens qui se feraient tester, ce qui veut dire que les maladies et infections pourraient être diagnostiquées plus rapidement, et c'est ce qui constitue la clé pour une meilleure santé.

Les préjugés ne nuisent pas seulement à l'accès aux soins, ils se manifestent aussi dans les politiques systémiques qui perpétuent certains effets néfastes, même par inadvertance. Je pense par exemple au fait que les personnes qui omettent de révéler qu'elles sont séropositives s'exposent à des poursuites pénales.

Honorables sénateurs, le fait qu'il s'agisse d'un crime constitue un obstacle de taille pour quiconque souhaite s'attaquer efficacement à ce problème de santé publique. L'expérience nous apprend qu'en plus de dissuader les gens

d'obtenir un diagnostic et de se faire soigner, les mesures punitives touchent de manière disproportionnée les personnes noires et autochtones. Nous devons absolument repenser nos façons de faire pour miser davantage sur les solutions de santé publique qui privilégient la prévention, l'éducation et le soutien à la répression. Ce faisant, nous pourrons mieux répondre aux besoins des 40 millions de personnes dans le monde qui vivent actuellement avec le VIH, dont 65 000 au Canada.

Les pharmacies de Terre-Neuve-et-Labrador contribuent directement à faciliter l'accès aux diagnostics et aux soins et à réduire la pression qui s'exerce sur la première ligne du réseau de la santé. Le projet APPROACH, par exemple, qui a vu le jour en 2017 et qui vise à adapter les tests hors laboratoire aux pharmacies, a montré qu'il est beaucoup plus efficace pour les pharmacies d'offrir directement les tests pour le VIH, l'hépatite C et la syphilis. En plus de pousser le taux de diagnostics à la hausse, ce modèle permet de faire plus aisément le lien avec les soins et pourrait servir de plateforme pour l'implantation de programmes semblables partout au pays.

L'enveloppe de 1 million de dollars que le gouvernement de la province a octroyée dernièrement au Comité sida de Terre-Neuve-et-Labrador constitue elle aussi une avancée de taille. Grâce à son programme d'accès sécuritaire, ce dernier s'attaque aux risques pour la santé que représentent la consommation de drogue et les activités sexuelles en offrant des ressources essentielles, comme des contraceptifs et des accessoires de consommation. Le lien entre les programmes comme celui-là et la réduction des méfaits, l'éducation et la prévention est indéniable, mais pour continuer à donner des résultats, ils ont besoin de financement durable et doivent être offerts à plus d'endroits.

Le thème de la Journée mondiale du sida de l'année dernière, à savoir «Suivons le chemin des droits: notre santé, nos droits!», nous rappelait l'importance que revêtent l'équité et les droits de la personne dans la lutte contre le VIH-sida. Cette journée, qui a lieu le 1er décembre de chaque année, est l'occasion de témoigner du respect aux personnes atteintes, de faire le point sur les progrès réalisés et de réaffirmer notre attachement à la tâche urgente qui nous attend. Profitons de ce moment pour que nos politiques, nos programmes et nos ressources soient empreints de l'urgence et de la compassion nécessaires pour juguler ce problème pressant.

Chers collègues, la hausse des ITSS au Canada est le reflet d'un problème de santé publique auquel nous devrons nous attaquer collectivement si nous voulons le régler. En favorisant la collaboration entre les gouvernements, la société civile et les professionnels de la santé, nous pouvons mieux sensibiliser la population, améliorer le dépistage et mieux soutenir les personnes touchées. Je transmets une fois de plus ma plus profonde gratitude au sénateur Cormier pour son dévouement de tous les instants et j'invite tous mes collègues à renouveler leur détermination à faire du Canada un pays plus équitable et en meilleure santé.

Merci. Thank you. Meegwetch.

**En raison de la prorogation de la 44^e législature, le sénateur Ravalia n'a pas été en mesure de prononcer son allocution au Sénat. C'est avec générosité qu'il a tout de même contribué à cette interpellation avec rigueur et expertise. Nous l'en remercions sincèrement.*

SÉNATRICE PAULA SIMONS (ALBERTA)



Paula Simons est une sénatrice indépendante d'Edmonton, en Alberta. Avant de joindre le Sénat en 2018, elle a travaillé comme journaliste d'enquête et chroniqueuse politique. À ce titre, elle a couvert les questions d'équité pour les personnes LGBTQ+ ainsi que les débuts de l'épidémie de syphilis en Alberta. Elle est une ardente défenseure de politiques de santé publique fondées sur des données scientifiques. Son travail journalistique lui a valu plusieurs distinctions, notamment un prix du Alberta Civil Liberties Research Centre pour ses chroniques en faveur des droits des personnes queer, ainsi que deux National Newspaper Awards pour ses enquêtes sur le système de protection de l'enfance en Alberta. La chronique de la sénatrice Simons, *On Second Thought*, paraît dans le magazine Alberta Views. Elle anime également son propre balado politique, Alberta Unbound. Lors de la dernière législature, la sénatrice Simons a été membre du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles et du Comité sénatorial permanent des transports et des communications, en plus d'être vice-présidente du Comité sénatorial permanent de l'agriculture et des forêts.

ALLOCUTION DE L'HONORABLE PAULA SIMONS

Honorables sénateurs, je prends la parole aujourd'hui au sujet de la récente interpellation du sénateur Cormier, qui attire l'attention du Sénat sur la hausse alarmante des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada.

Le sénateur Cormier a déjà fait un travail exemplaire en parlant de la hausse du taux d'infection au VIH-sida dans son discours. Par conséquent, aujourd'hui, je vais vous raconter une histoire de fantôme. C'est l'histoire d'une maladie différente, d'une maladie que l'on croyait vaincue, mais qui est revenue d'entre les morts pour hanter nos rues et nous prendre nos enfants. Jadis, on l'appelait la grande vérole. Pendant des centaines d'années, elle a ravagé la planète, tuant des millions de personnes — des bébés et leur mère, des prostituées et des marins, des rois et des dictateurs, des compositeurs et des poètes. Parmi les personnes que l'on croit mortes de la grande vérole, il y a le tsar de Russie Ivan le Terrible et le roi Henri VIII d'Angleterre, le peintre Paul Gauguin, les écrivains Guy de Maupassant et Charles Baudelaire, le compositeur Robert Schumann et le gangster Al Capone. Ils ont tous été ses victimes. On croit également qu'Hitler, Lénine, Mussolini, Idi Amin, Oscar Wilde, Howard Hughes et même Abraham Lincoln en ont souffert.

La grande vérole était la syphilis, l'une des maladies les plus mortelles et les plus dévastatrices de l'histoire de l'humanité. La première épidémie de syphilis répertoriée en Europe a ravagé le port de Naples en 1495. Pendant des années, les historiens et les scientifiques ont cru que la maladie était arrivée en Europe avec les équipages de Christophe Colomb

revenant du Nouveau Monde. Toutefois, les dernières découvertes archéologiques ont révélé qu'une forme apparentée de la maladie était peut-être présente en Europe avant même le contact avec les Amériques. Shakespeare l'a surnommée « la maladie infinie » et, pendant des siècles, la syphilis, qui peut se propager par des rapports vaginaux, anaux ou oraux, a marqué le cours des événements humains, détruit des mariages, perturbé les ordres de succession royaux et renversé des empires.

Néanmoins, au XX^e siècle, grâce à l'arrivée de la pénicilline, à des campagnes de santé publique vigoureuses, à des tests sanguins avant le mariage et à une meilleure compréhension de l'importance de l'utilisation du condom, nous pensions que cette maladie avait été reléguée aux livres d'histoire. Il y a 20 ans, elle a pratiquement été éradiquée au Canada. Comme la variole, il semblait que la grande vérole ne nous affligerait plus. Nous étions naïfs.

Je vais vous donner quelques chiffres en provenance de l'Alberta. Ce sont ceux que je connais le mieux puisque, en tant que journaliste, j'ai couvert le début de notre épidémie de syphilis, et parce que la région d'Edmonton semble avoir été l'épicentre de l'épidémie canadienne actuelle. Entre 1992 et 2002, pas un cas de syphilis chez le nourrisson n'a été enregistré dans ma riche province. En fait, en 1996, il n'y a eu qu'un cas connu de syphilis infectieuse dans toute l'Alberta. Puis, subitement, entre 2005 et 2007, cinq nourrissons albertains sont morts de la syphilis, la plupart dans la région d'Edmonton. Neuf autres nourrissons présentaient à la

naissance une syphilis congénitale qui peut entraîner des dommages aux os, au cœur et au cerveau.

À l'époque, l'Edmonton Journal, pour lequel je travaillais, a rapporté qu'il y avait environ 200 cas connus de syphilis dans toute la province. J'ai écrit plusieurs chroniques pour réclamer la prise de mesures. J'ai réclamé une campagne de santé publique pour alerter les Albertains, surtout les femmes enceintes. Cependant, le ministre de la Santé de l'époque, Ron Liepert, qui est maintenant député à l'autre endroit, ne voulait rien entendre. M. Liepert a personnellement annulé toute la campagne de sensibilisation à la syphilis que son ministère avait planifiée. À l'époque, il a dit: «Les Albertains qui présentent un risque élevé doivent assumer une plus grande responsabilité pour leur propre santé et ne pas laisser à la population générale le soin d'en assumer la responsabilité à leur place.»

À l'époque, j'avais une formidable tribune dans les pages du journal, et j'ai répliqué dans un message. Voici ce que j'ai écrit: «Le retour de la syphilis au Canada serait une tragédie humaine, sans parler de la source d'embarras qu'il serait sur la scène internationale. Nous devons agir rapidement et vigoureusement, sans jugement moral, pour enrayer cette flambée épidémique.» Je crains qu'il ne s'agisse là que de paroles creuses, car entre 2018 et 2022, les Services de santé de l'Alberta ont déclaré que 50 bébés étaient mort-nés en Alberta en raison de la syphilis qu'ils avaient contractée de leur mère in utero. Ces mort-nés ne représentent que le cinquième de tous les nourrissons infectés par cette maladie.

En 2023, les nouvelles étaient encore plus lugubres. Selon les données des Services de santé de l'Alberta, l'an dernier, en Alberta, on a déclaré plus de 17 000 cas de syphilis chez des adolescents et des adultes, de même que 340 autres cas chez des bébés. Ce ne sont là que les cas dépistés. La maladie est fort probablement sous diagnostiquée, puisque de nos jours, ce ne sont plus tous les médecins qui savent en déceler les premiers signes.

La syphilis a été surnommée «le grand imitateur» parce que ses symptômes primaires et secondaires — ulcères indolores, éruption cutanée, fièvre, glandes enflées, maux de tête, perte de poids et douleurs musculaires et articulaires — peuvent facilement être confondus avec ceux d'autres maladies et mener à un diagnostic erroné. Il est également difficile d'en suivre la trace puisque la maladie peut se tapir et demeurer latente dans le corps pendant des années après l'infection initiale, sans que la personne touchée manifeste le moindre symptôme. Il est possible que les conséquences les plus dangereuses de cette maladie ne se manifestent que 10, 20 ou 30 ans après l'infection initiale. Alors, la syphilis peut devenir mortelle, attaquer le cœur, les vaisseaux sanguins, le système nerveux et le cerveau.

L'Alberta n'a pas connu de taux de syphilis aussi élevés depuis les années 1940. Même si les infections à la syphilis augmentent en flèche dans d'autres parties du Canada, notamment au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest, en Saskatchewan et au Manitoba, l'Alberta a toujours la triste distinction d'être en tête du peloton. En vérité, je me suis concentrée sur les taux de mortalité infantile parce qu'il s'agit des taux les plus choquants et possiblement de ceux qui risquent le plus de susciter de la sympathie envers les personnes infectées.

Toutefois, les nourrissons ne meurent évidemment que parce que leurs parents sont porteurs de la maladie. Selon les données de 2022 de Statistique Canada, les hommes sont plus susceptibles d'être atteints de syphilis que les femmes. En 2022, 65 % des cas au Canada ont été décelés chez des hommes, mais le nombre de cas chez les femmes a fortement augmenté. En 2018, seulement 21 % des personnes atteintes de syphilis étaient des femmes.

En 2022, ce pourcentage était passé à 35 %. Selon la Société canadienne de pédiatrie, les facteurs de risque associés à la syphilis peuvent inclure l'usage de drogues injectables, de méthamphétamine en cristaux ou d'autres substances, la vente ou l'achat de services sexuels, le fait d'être en situation d'itinérance, l'utilisation irrégulière de condoms, le fait d'avoir plusieurs partenaires, et le fait d'avoir déjà contracté d'autres infections transmises sexuellement et par le sang. Selon l'Association des femmes autochtones du Canada, les taux sont 13 fois plus élevés dans les communautés autochtones que dans les collectivités non autochtones.

Un autre facteur vient compliquer la situation : une personne au stade primaire de la syphilis, lorsqu'elle présente des ulcères semblables à ceux de la vérole, court un risque beaucoup plus élevé de contracter le VIH-sida en raison de ses plaies ouvertes. Bien sûr, nous ne vivons pas en 1495 ou en 1895. La syphilis est une infection bactérienne, pas un virus, et nous disposons aujourd'hui d'antibiotiques qui peuvent la guérir. Il n'est pas nécessaire de recourir à des cocktails de médicaments coûteux ou compliqués pour la traiter. Lorsqu'elle est détectée à un stade précoce, elle est tout à fait traitable. Si les mères atteintes de syphilis bénéficient d'un dépistage et de tests prénataux appropriés, il est possible d'empêcher que des bébés meurent ou naissent avec une syphilis congénitale. Mais nous ne faisons pas assez de tests et nous n'offrons pas assez de traitements.

Bien sûr, les femmes qui risquent le plus d'être porteuses de la syphilis et d'infecter leur bébé sont précisément celles qui ont le moins accès à des soins prénataux de qualité, mais le problème est plus complexe. Il n'y a pas que les hommes et les femmes qui sont socialement vulnérables et qui présentent

un risque élevé à cause de la pauvreté, de l’itinérance ou de la toxicomanie qui ne bénéficient pas de soins de santé primaires uniformes. Nous traversons une crise chronique au Canada en ce qui concerne l'accès aux soins de santé primaires, ce qui signifie que des jeunes de tous les horizons qui ont une vie sexuelle active et des partenaires multiples — les étudiants universitaires ou les jeunes professionnels — n'ont pas non plus de médecin de famille. Ils ne se font pas examiner régulièrement, ce qui ne facilite pas le dépistage, le suivi ou le traitement de la syphilis. En outre, nous n'en faisons pas assez pour informer les gens des dangers de ce vieux fantôme.

J'ai peut-être été un peu dure, tout à l'heure, envers l'ancien ministre de la Santé de l'Alberta, Ron Liepert, car il est impossible de savoir si une campagne de santé publique plus vigoureuse et faite au bon moment aurait réellement empêché la multiplication des cas de syphilis. Cela dit, j'ai grandi pendant l'épidémie de sida et je me souviens des campagnes de santé publique, certes tardives, mais quand même très efficaces, qui encourageaient les gens à se protéger lorsqu'ils avaient des rapports sexuels. Je me souviens des combats menés pour que des distributrices de condoms soient installées dans les écoles secondaires de banlieue. Ces campagnes ont contribué à réduire l'incidence de l'infection par le VIH. Dans le cas de la syphilis, toutefois, les interventions ont été timides il y a 20 ans et nous ne tirons toujours pas la sonnette d'alarme avec assez de vigueur, puisque les gens pensent encore que la syphilis est une maladie de l'ancien temps ou encore une maladie qui n'est pas vraiment grave ni mortelle.

Un autre défi se présente à nous aujourd’hui. Dans le sillage de la pandémie de COVID-19, nous avons assisté — partout en Amérique du Nord — à de vives réactions contre les campagnes de santé publique, les campagnes de vaccination, l'épidémiologie et la science. En 2007, le gouvernement de l'Alberta refusait de parler aux gens des risques que posait la syphilis parce qu'il était guidé par le puritanisme et la morale. Maintenant, nous sommes confrontés à un problème légèrement différent, soit l'érosion de la confiance de la population envers la santé publique, carrément. Cette érosion de la confiance est due en partie à une vision déformée du libertarisme, qui assimile toute mesure ou campagne de santé publique, de la fluoruration à la pasteurisation en passant par la vaccination des enfants, à une tyrannie de l'État. Elle vient aussi, en partie, de la peur des «grandes pharmaceutiques» ou de la «médecine conventionnelle», d'une croyance, répandue en partie par des campagnes de désinformation, que les médecins, les infirmières du réseau de la santé publique et les chercheurs du domaine médical qui consacrent leur vie à nous garder en santé sont devenus des ennemis, en quelque sorte.

Ce n'est pas seulement que la syphilis nous revienne du bas Moyen-Âge. C'est comme si certains de nos dirigeants voulaient eux aussi revenir à une mentalité médiévale qui rejette tous les progrès scientifiques du siècle dernier, comme ne le montre que trop clairement la nomination de Robert F. Kennedy Jr. à la tête du ministère américain de la Santé et des Services sociaux la semaine dernière.

Malheureusement, l'homophobie et la transphobie font partie de l'équation elles aussi. En Alberta, par exemple, le gouvernement Smith a annoncé que l'éducation sexuelle dans les écoles publiques serait désormais facultative et ne pourrait être dispensée qu'avec l'accord des parents. Auparavant, les parents qui souhaitaient retirer leurs enfants des cours d'éducation sexuelle avaient le droit de le faire, mais ils devaient signer un formulaire pour obtenir le retrait proactif de leurs enfants. Désormais, la province renverse ce protocole, et les enfants ne pourront assister à ces cours de santé que si leurs parents les y autorisent explicitement. Cette mesure est prise sous prétexte de protéger les enfants et leur famille contre l'apprentissage «forcé» de l'homosexualité et de la transsexualité, mais, au bout du compte, de très nombreux enfants et adolescents n'auront pas l'occasion d'apprendre ce qu'est la bonne vieille reproduction hétérosexuelle et la santé sexuelle. Le résultat, on peut logiquement le supposer, pourrait bien être une augmentation des grossesses chez les adolescentes et des maladies sexuellement transmissibles.

Car, si je me suis concentrée sur la syphilis aujourd’hui, les taux de toutes sortes d'infections sexuellement transmissibles sont en hausse. Nous perdons des batailles que nous pensions avoir déjà gagnées, et nous nous battons maintenant non seulement contre la stigmatisation sociale et l'inertie, mais aussi contre une véritable campagne au nom de l'ignorance. Je tiens à remercier le sénateur René Cormier, mon courageux et sage collègue, d'avoir lancé cette interpellation en ce moment crucial. Aujourd’hui, plus que jamais, nous avons besoin d'une vision comme la sienne pour nous inciter à agir.

Merci, mon ami. Merci, chers collègues. Hiy hiy.

SÉNATEUR KRISTOPHER WELLS (ALBERTA)



Le Dr Kristopher Wells est un sénateur indépendant de l'Alberta. Auparavant, il était professeur agrégé et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la compréhension publique des jeunes des minorités sexuelles et de genre à l'Université MacEwan. Le Dr Wells a également été le directeur fondateur du MacEwan Centre for Sexual Gender Diversity et rédacteur en chef du Journal international LGBT Youth. Il a contribué à la création d'initiatives telles que Camp fYrefly, le Alberta GSA Network et Pride Tape, qui a été adopté par toutes les équipes de la Ligue nationale de hockey et dans plus de 60 pays à travers le monde comme symbole de diversité et d'inclusion. En reconnaissance de ses contributions remarquables, Dr Wells a reçu plusieurs prix et distinctions, notamment la Médaille du centenaire de l'Alberta, le Prix de l'Alberta pour l'étude des droits de la personne et du multiculturalisme au Canada, le Prix de l'éducation publique de l'Association des enseignants de l'Alberta, ainsi que la Médaille du jubilé de platine de la reine Elizabeth II.

ALLOCUTION DE L'HONORABLE KRISTOPHER WELLS*

Partout au Canada, la propagation des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) suit une tendance inquiétante. Tous les Canadiens devraient s'inquiéter de l'augmentation alarmante du nombre de cas de chlamydia, de gonorrhée et de syphilis, ainsi que de la hausse importante du nombre d'infections par le VIH. Ces tendances sont non seulement un enjeu urgent de santé publique, mais elles dénotent aussi de grandes inégalités systémiques, une stigmatisation généralisée, un recul des droits de la personne durement acquis et une criminalisation liée au VIH, en particulier dans les cas de non-divulgation de la séropositivité.

La réalité – et le problème urgent auquel nous devons remédier – est que la stigmatisation et le manque d'éducation en matière de santé sexuelle figurent toujours parmi les principaux obstacles au dépistage des ITSS, à la prévention de leur propagation et au soutien des personnes touchées. Dans ce contexte troublant, l'interpellation du sénateur Cormier est à la fois opportune et urgente. Je le remercie, ainsi que mes collègues du Sénat, d'avoir attiré l'attention sur ces préoccupations et de me donner l'occasion d'exprimer mon point de vue sur cette question importante. Freiner l'augmentation inquiétante du nombre d'infections par le VIH et d'autres ITSS représente un défi multidimensionnel et intersectionnel. Ces infections peuvent affecter n'importe qui, mais compte tenu des enjeux coloniaux, sociétaux et socio-économiques au pays, certains groupes sont plus touchés que d'autres.

Comme l'indique le Plan d'action 2024-2030 du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), « [I]es expériences de stigmatisation, de discrimination et de marginalisation fondées sur la race, l'ethnicité, la situation d'handicap, le statut migratoire, la classe sociale, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la consommation de drogues, l'expérience vécue d'incarcération, et l'implication dans le travail du sexe contribuent aux inégalités sociales et structurelles. Des inégalités en matière d'éducation, de revenu, d'emploi, de sécurité alimentaire, de soutien à la santé mentale, de logements et de services sociaux et de santé, influencent directement et indirectement l'exposition aux ITSS.»

Les communautés marginalisées telles que les communautés autochtones, noires et 2ELGBTQ+ ont toujours été touchées de manière disproportionnée par les ITSS, en grande partie à cause d'attitudes stigmatisantes. Elles subissent déjà les répercussions du colonialisme, du racisme et des inégalités socio-économiques, en plus de se heurter à de multiples obstacles et à des facteurs intersectionnels lorsqu'elles tentent d'obtenir des soins de santé inclusifs et des renseignements exacts sur leur santé sexuelle et de comprendre les risques d'infection ainsi que les ressources qui s'offrent à elles pour se protéger et protéger leurs partenaires.

Lorsqu'une personne ressent de la honte et de la peur par rapport à qui elle est, elle n'ira pas chercher les soins, les traitements ou les renseignements dont elle a besoin pour

faire des choix éclairés. La stigmatisation ne survient pas sans raison. Elle est étroitement liée à des problèmes systémiques tels que le racisme, le sexism, l'homophobie, la biphobie et la transphobie, qui sont depuis longtemps ancrés dans les structures, les croyances et les attitudes de notre société.

Par exemple, les Autochtones peuvent éprouver de la méfiance à l'égard du système de santé en raison du racisme, des inégalités et des mauvais traitements qu'ils ont subis dans le passé. Dans d'autres cas, les nouveaux immigrants et les réfugiés peuvent être confrontés à des barrières culturelles et linguistiques ou craignent de faire honte à leur famille, ce qui peut les empêcher de subir un test de dépistage ou de se faire traiter. Les personnes trans sont souvent confrontées à des obstacles supplémentaires lorsqu'il s'agit d'avoir accès à des soins d'affirmation de genre et à des traitements pour les ITSS. Les jeunes 2ELGBTQ+ se heurtent également à des obstacles importants lorsqu'ils veulent obtenir des renseignements précis et crédibles sur leur santé sexuelle à la maison et à l'école.

Bien que la stigmatisation soit reconnue dans le plan d'action du gouvernement du Canada sur les ITSS et ailleurs, nous avons beaucoup de travail à faire pour nous attaquer à l'omniprésence de ces obstacles. En conséquence, j'aimerais souligner trois éléments qui renforcent la stigmatisation et qui ont une incidence directe sur la prévalence croissante des ITSS: (1) l'accès inéquitable aux soins de santé, (2) la criminalisation liée au VIH, et (3) l'absence d'une éducation complète sur la santé sexuelle offerte dans les écoles.

Le pilier 2 du Plan d'action 2024-2030 du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang est axé sur le dépistage. Il est logique qu'une personne ne puisse se faire traiter pour une infection si elle ignore qu'elle en est atteinte. Dans le rapport d'examen «Comprendre les obstacles et les facteurs favorables au dépistage du VIH au Canada de 2009 à 2019: examen systématique des études mixtes», publié dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada, Claudio Laprise et Clara Bolster-Foucault présentent un résumé complet des études faisant état d'obstacles au dépistage. Elles soulignent que «[l']examen a fait ressortir des obstacles communs dans les populations clés et les provinces et territoires, notamment la perception d'un faible risque, la peur et la stigmatisation entourant le VIH, le manque de connaissances sur le VIH et le dépistage, le manque de confidentialité pour les patients, l'accès limité à des services adaptés sur les plans culturel et linguistique et le manque de ressources pour le dépistage.» Par exemple, une personne pourrait craindre qu'on la voie entrer dans une clinique spécialisée en ITSS de sa région, un jeune pourrait hésiter à parler de ses inquiétudes à un médecin qui traite possiblement d'autres membres de sa

famille, ou un prestataire de soins de santé pourrait par inadvertance adopter un comportement stigmatisant, par exemple en méprisant un patient.

Nous ne pouvons pas nous attaquer à ces obstacles et à d'autres si nous n'offrons pas aux gens l'aide dont ils ont besoin quand ils en ont besoin et de la façon dont ils en ont besoin tout au long de leur vie. Les ITSS ne touchent pas seulement les jeunes; elles touchent aussi les personnes âgées. À la lumière de ces obstacles bien documentés, il est urgent de renseigner davantage les gens et d'améliorer les méthodes de dépistage et leur accessibilité pour tous les âges. Nous devons faciliter l'accès aux trousseaux de dépistage à domicile, multiplier les services de télésanté et les options en ligne, accroître la sensibilisation et la formation des cliniciens et des prestataires de soins de santé et, enfin, permettre un accès plus direct et discret au dépistage, au traitement et à l'aiguillage. Nous devons également former et outiller nos professionnels de la santé afin de faire du dépistage des ITSS un droit fondamental. Le gouvernement du Canada a déclaré que ces objectifs constituaient une priorité essentielle, alors nous attendons avec impatience qu'il y affecte les ressources nécessaires et qu'il s'emploie activement à atteindre les objectifs énoncés dans le plan d'action national sur les ITSS.

Malheureusement, malgré les avancées scientifiques en matière de traitement, le gouvernement n'a pas réalisé de progrès pour ce qui est de dériminaliser la non-divulgation de la séropositivité. Le Code criminel du Canada continue de criminaliser et de stigmatiser les personnes qui ne révèlent pas à leur partenaire qu'ils sont porteurs du VIH, même dans les cas où, d'un point de vue scientifique, le risque d'infection est nul. Bien qu'il soit clairement établi qu'une personne ne peut transmettre le VIH lorsque sa charge virale est indétectable, ces personnes continuent de faire l'objet de sanctions pénales sévères pour ne pas avoir divulgué leur séropositivité. Malgré les engagements pris par le gouvernement pour remédier à cette criminalisation excessive, aucune modification n'a encore été apportée au Code criminel.

Non seulement cette situation représente une profonde injustice pour les personnes qui font l'objet de poursuites, mais elle perpétue également la stigmatisation en étiquetant les personnes vivant avec le VIH comme de dangereux criminels qui souhaitent faire du mal à autrui. Cette sinistre stigmatisation, à son tour, dissuade les gens de subir un test de dépistage, de connaître leur état sérologique et de recevoir un traitement qui empêcherait le virus de se propager davantage. Bien que le gouvernement ait pris certaines mesures pour limiter les poursuites criminelles dans les cas où il n'y a aucune possibilité de transmission en raison d'une faible charge virale, les directives fédérales ne s'appliquent qu'aux territoires. Par conséquent, la décision d'intenter des

poursuites est laissée à la discrétion des procureurs des provinces, ce qui continue de semer la confusion, la peur et la méfiance.

En tant qu'éducateur, j'ai la ferme conviction que l'éducation est l'un des meilleurs moyens de mettre un terme à la stigmatisation. Il est particulièrement essentiel d'offrir à nos jeunes une éducation en matière de santé sexuelle qui tienne compte de la diversité des expériences et des identités au sein de notre société. Nous ne devons pas nous contenter d'une approche universelle en matière d'éducation sexuelle. Nous devons veiller à ce que les besoins particuliers et les préoccupations des peuples autochtones, des personnes racialisées, des personnes handicapées et des personnes 2ELGBTQ+ soient reflétés avec exactitude dans le programme scolaire. L'éducation en matière de santé sexuelle doit être non stigmatisante, fondée sur la science, complète, inclusive et adaptée à la culture. Elle doit aller au-delà des connaissances de base sur les infections transmissibles sexuellement, l'abstinence et la contraception, approfondir l'importance du respect, du consentement et du plaisir, et amener les gens à développer une meilleure compréhension et une appréciation des diverses identités sexuelles et de genre. L'éducation doit également s'attaquer à la stigmatisation et à la désinformation entourant certains comportements et identités et combattre activement les stéréotypes nuisibles et les idées fausses qui continuent d'alimenter la discrimination et la honte.

Malheureusement, à l'heure actuelle, nous n'en faisons pas assez pour mettre en œuvre des programmes complets d'éducation en matière de santé sexuelle dans les écoles canadiennes. De nombreuses écoles primaires et secondaires n'offrent toujours pas d'éducation complète, inclusive et adaptée à l'âge des élèves, ce qui fait en sorte que les jeunes sont mal outillés face aux complexités de la santé sexuelle. En outre, de nombreux groupes marginalisés n'ont pas accès à une éducation sur la santé sexuelle qui reflète leurs expériences uniques, les rendant ainsi vulnérables à la désinformation, à la discrimination et à des problèmes de santé. Comme mes honorables collègues le savent, je suis titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la compréhension par le public des jeunes faisant partie de minorités de genre et d'orientation sexuelle au Canada. Dans le cadre de mes recherches, j'ai été à même de constater les dilemmes, les difficultés et les lacunes auxquels nombre de jeunes sont confrontés lorsqu'ils souhaitent mieux comprendre les divers aspects de leur identité et répondre à leurs besoins en matière de soins de santé.

Dans un article publié en 2024 dans le *Canadian Journal of Human Sexuality*, en collaboration avec mes collègues Emilie Maine et Teresa Hardy, nous avons examiné les expériences

vécues par des jeunes transgenres et non binaires de l'Alberta. Ceux-ci nous ont fait part de nombreuses difficultés ainsi que des lacunes au niveau de leurs connaissances en matière de santé sexuelle. Ces jeunes trouvaient souvent que ce qu'on leur enseignait était non seulement extrêmement inadéquat, mais aussi dévalorisant et discriminatoire. En conséquence, ces jeunes se sont souvent tournés vers Internet et leurs pairs pour tenter de s'éduquer et de se protéger.

Malheureusement, alors que le gouvernement et les responsables de l'éducation devraient tout mettre en œuvre pour que notre système d'éducation soit mieux adapté aux besoins des élèves, nos écoles régressent en censurant l'information, en adoptant une approche d'éducation axée sur l'abstinence et en supprimant le contenu 2ELGBTQ+ des programmes d'enseignement.

L'automne dernier, le gouvernement de ma province d'origine, l'Alberta, qui est dirigé par le Parti conservateur uni, a adopté une série de lois discriminatoires visant la santé, la sécurité, l'éducation et le bien-être des jeunes 2ELGBTQ+. Ces politiques restreignent illégalement l'accès à l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles, créent des obstacles à l'accès aux soins d'affirmation de genre d'une importance vitale et interdisent aux femmes et aux filles trans de tout âge de participer à des sports. Alors que nous devrions lutter contre la peur et la désinformation et, par conséquent, donner aux jeunes les moyens de faire des choix plus sains, le gouvernement albertain et d'autres gouvernements conservateurs au Canada s'engagent dans la mauvaise direction. Une bonne politique devrait se fonder sur des preuves scientifiques, et non sur une idéologie et des préjugés.

En conclusion, pour réduire efficacement le nombre d'ITSS, nous devons non seulement éliminer la stigmatisation par l'éducation, mais aussi veiller à ce que les points de vue des personnes les plus touchées soient pris en compte dans l'élaboration des politiques de santé publique. Les solutions ne peuvent pas être unidimensionnelles ou imposées d'en haut. Elles doivent être élaborées en collaboration avec les communautés les plus touchées, ce qui implique de travailler en étroite collaboration avec les dirigeants autochtones, les communautés racialisées et les groupes de défense des droits des personnes 2ELGBTQ+. Comme nous l'avons appris par le passé, le principe selon lequel « rien de ce qui nous concerne ne doit se faire sans nous » est toujours pertinent.

Notre objectif ne doit pas se limiter à réduire les taux alarmants d'ITSS. Nous devons aussi veiller à bâtir une société où tous les citoyens, quelle que soit leur identité ou leur origine, sentent qu'ils peuvent prendre soin de leur santé personnelle et sexuelle sans craindre d'être jugés ou

de faire l'objet de discrimination. Cela nécessite des efforts soutenus de la part de tous les secteurs de la société, y compris les prestataires de soins de santé, les éducateurs, les décideurs politiques, les parents et les jeunes. Pour freiner l'augmentation du nombre d'infections par le VIH et d'autres ITSS, il ne s'agit pas seulement d'améliorer l'accès à l'éducation, au dépistage et au traitement; nous devons tous nous attaquer à la stigmatisation, aux préjugés et à la désinformation qui nous empêchent de créer une société plus juste et plus inclusive.

Ensemble, mettons fin à la stigmatisation, éliminons la honte et célébrons la santé en tant que droit de la personne.

Merci. Thank you. Hiy hiy.

** En raison de la prorogation de la 44^e législature, le sénateur Wells n'a pas été en mesure de prononcer son allocution au Sénat. C'est avec générosité qu'il a tout de même contribué à cette interpellation avec rigueur et expertise. Nous l'en remercions sincèrement.*

INITIATIVES DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Le gouvernement fédéral du Canada joue un rôle central dans la réponse nationale et internationale aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Par ses plans d'action, ses programmes de financement, ses activités de recherche et de surveillance, le Canada contribue aux objectifs mondiaux établis par l'ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la santé, notamment la fin des épidémies de VIH, d'hépatite virale et d'autres ITSS d'ici 2030. Cela inclut l'engagement d'atteindre, d'ici 2025, les cibles 95-95-95, qui signifieraient que 95 % des personnes vivant avec le VIH connaîtraient leur état sérologique, 95 % des personnes diagnostiquées recevraient un traitement antirétroviral et 95 % des personnes sous traitement atteindraient une charge virale indétectable.

La liste présentée ci-dessous illustre un éventail d'initiatives fédérales qui témoignent de cet engagement. Bien qu'elle ne soit pas exhaustive, elle permet de situer les actions déjà en cours et de rappeler l'importance de poursuivre et de renforcer ces efforts. Dans cette perspective, les recommandations formulées par les sénateurs et sénatrices à la fin du présent document visent à appuyer, guider et bonifier le rôle du gouvernement fédéral dans la lutte contre les ITSS.

Plans d'action

- [Plan d'action 2024-2030 du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang \(ITSS\)](#) (février 2024)
- [Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030: un cadre d'action pancanadien sur les ITSS](#) (juin 2018)
- [Accélérer notre intervention: plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang](#) (juillet 2019)

Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida

« [L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida](#) au Canada est un élément clé de la lutte globale du gouvernement du Canada contre le VIH/sida. Cette initiative assure le financement de programmes de prévention et de soutien ciblant les populations prioritaires clés ainsi que de la recherche, de la surveillance, de la sensibilisation du public et de l'évaluation. L'Initiative fédérale est le signe d'un rôle renouvelé et renforcé du gouvernement fédéral dans les mesures déployées au pays pour lutter contre le VIH/sida »

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

Plans stratégiques

- [Plan stratégique sur le VIH/sida et autres ITSS \(2022-2027\)](#)
- [Plan stratégique \(2015-2020\)](#)

Initiatives de recherche

- [Initiative de recherche sur le VIH/sida et autres ITSS](#)
- [Initiative de recherche sur l'hépatite C](#)
- [Initiative de recherche sur le VIH/sida et autres ITSS: nouvelles](#)

Programmes de financement du gouvernement fédéral

- [Fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C](#)
- [Programme sur les infections transmissibles sexuellement par le sang](#)
- Affaires mondiales Canada – [Fonds canadien d'initiatives locales](#)
- Agence de la santé publique du Canada - Prévention et contrôle des maladies infectieuses

Programmes de surveillance du gouvernement fédéral

- [Surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang](#)
- [Programme de contributions pour la sûreté du sang](#)
- [Maladies à déclaration obligatoire en direct](#)
- [Système national de surveillance du VIH](#)
- [Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada](#)
- [Rapports de surveillance](#)

International

- [Déclaration politique sur le VIH et le sida: mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030](#)
- [Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030](#)
- [Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021- 2026](#)
- [Le Canada et l'ONUSIDA](#)

Comités de consultation

- [Comité consultatif national sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang \(CCN-ITSS\)](#)
- [Comité consultatif de la recherche sur le VIH/sida et les ITSS des IRSC \(CCRVSII\)](#)

RECOMMANDATIONS

Les allocutions des sénatrices et sénateurs, prononcées dans le cadre de l'interpellation intitulée « La hausse alarmante des infections transmissibles sexuellement et par le sang » lancée par le sénateur Cormier, contiennent de nombreuses recommandations détaillées qui, si elles sont prises en compte par le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, pourraient contribuer à freiner efficacement la progression des ITSS et du VIH/sida au Canada. Voici, en résumé, une sélection des 34 recommandations principales.

SÉNATEUR CORMIER	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser le déploiement de nouvelles technologies de dépistage rapides et accessibles « Il est absolument nécessaire de promouvoir davantage les nouvelles technologies de diagnostic, comme les tests de dépistage rapides du VIH et de la syphilis effectués directement au point de service, les autotests de dépistage du VIH et de l'hépatite C, les tests décentralisés à l'échelle communautaire et le dépistage par test de sang séché. » 2. Décentraliser les soins hors des centres urbains « La centralisation des services de dépistage et de traitement dans les centres urbains pose un réel problème pour les communautés rurales, éloignées et isolées, notamment pour les personnes qui n'ont pas la possibilité de se déplacer facilement. » 3. Soutenir adéquatement les organismes communautaires œuvrant sur le terrain « Le gouvernement fédéral doit assurer un soutien financier adéquat aux organismes communautaires qui travaillent d'arrache-pied pour éduquer les gens et offrir des services de proximité aux jeunes et aux Canadiens les plus à risque. » 4. Accroître le financement fédéral dédié à la lutte contre le VIH/sida « [Le gouvernement fédéral] doit bonifier le financement de la lutte contre le VIH/sida pour atteindre 100 millions de dollars par année, conformément aux recommandations du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes et à la motion adoptée dans cette Chambre en 2020. Toutes les sommes annoncées doivent être effectivement déboursées. »
SÉNATRICE KINGSTON	<ol style="list-style-type: none"> 5. Promouvoir l'utilisation du condom « Promouvoir l'utilisation de condoms pendant les rapports sexuels et les rendre facilement accessibles dans le cadre d'une stratégie de réduction des méfaits est une bonne politique publique. » 6. Recourir à la prophylaxie préexposition (PPrE) et post-exposition (PPE) « Les personnes séronégatives qui présentent un risque élevé de contracter le VIH peuvent bénéficier de la prophylaxie préexposition, ou PPrE. Celle-ci suppose de prendre certains médicaments contre le VIH afin de réduire le risque de contracter le VIH. » 7. Promouvoir le message « indétectable = intransmissible (I=I) » « Une chose est sûre: indétectable égale intransmissible. Cela signifie qu'une personne vivant avec le VIH qui suit un traitement contre le VIH et maintient une charge virale indétectable ne transmettra pas le VIH par voie sexuelle. » 8. Intégrer les connaissances traditionnelles et les voix autochtones « Il est nécessaire de mettre au premier plan les voix et les expériences autochtones dans la prévention et la prise en charge dans les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Nous devons continuer à travailler ensemble pour intégrer davantage les connaissances traditionnelles et les pratiques adaptées à la culture dans nos approches des soins pour le VIH »

SÉNATRICE MOODIE	<p>9. Améliorer l'accès au dépistage et au traitement des ITSS «Il est [...] urgent que les autorités de santé publique s'assurent que la prévention, le dépistage et les traitements soient largement accessibles.»</p> <p>10. Accroître les efforts de dépistage préventif pour réduire les coûts «Il est clair qu'accroître le dépistage préventif est avantageux pour réduire les coûts.»</p> <p>11. Diversifier les messages de prévention «La dégradation de la situation peut également s'expliquer par l'accent mis sur la prévention du VIH dans la publicité visant à promouvoir les pratiques sexuelles sans risque au Canada, alors que des maladies comme la syphilis, la chlamydia et la gonorrhée sont largement négligées. Je dirais que ce déséquilibre a engendré une perception dans le public qui cause un certain abandon des pratiques sexuelles sans risque et de l'usage du préservatif, en particulier depuis la fin de la pandémie.»</p> <p>12. Adapter des services de santé aux jeunes «Afin de réussir à réduire les taux d'ITSS au Canada, les services de santé sexuelle devraient être adaptés aux besoins des jeunes et s'attaquer aux défis uniques auxquels les jeunes sont confrontés lorsqu'ils cherchent à obtenir des soins.»</p>
SÉNATRICE OSLER	<p>13. Promouvoir la vaccination contre le VPH «On devrait vacciner contre le virus du papillome humain, ou VPH, toutes les personnes âgées de 9 à 26 ans; les personnes âgées de 9 à 20 ans devraient recevoir une dose de vaccin contre le VPH et les personnes âgées de 21 à 26 ans devraient recevoir deux doses de vaccin contre le VPH; le vaccin nonavalent devrait être utilisé, car il offre une protection contre le plus grand nombre de types de VPH et de maladies associées.»</p> <p>14. Promouvoir l'équité vaccinale «Les stratégies d'atténuation qui pourraient promouvoir l'équité peuvent inclure des programmes de rattrapage sur mesure; un accès gratuit et élargi aux vaccins, notamment dans les établissements de soins primaires et les pharmacies; des campagnes de vaccination scolaire supplémentaires; des démarches de consentement simplifiées; et une réaffectation des ressources pour offrir des doses aux populations les plus vulnérables.»</p> <p>15. Promouvoir une approche préventive de la santé «Une approche préventive de la promotion de la santé met l'accent sur la sensibilisation et les causes profondes de la maladie plutôt que sur les seuls symptômes.»</p> <p>16. Améliorer la couverture vaccinale des jeunes Canadiens «De nombreux enfants et adolescents ne sont toujours pas vaccinés, et selon des estimations récentes, la couverture vaccinale demeure inférieure à l'objectif de 90% avant l'âge de 17 ans.»</p>

**SÉNATRICE
PATE****17. Réformer les soins de santé en milieu carcéral**

«L'approche des services correctionnels à l'égard des infections transmissibles sexuellement et par le sang met en évidence ce que nous savons depuis longtemps au sujet des soins dans les prisons fédérales : sur le plan de la sécurité ainsi que de la gestion du comportement et du risque, il ne s'agit pas d'un environnement sûr ni, de toute évidence, d'un environnement thérapeutique propice lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins en matière de santé et de toxicomanie.»

**18. Crée des solutions communautaires
parallèles à l'incarcération**

«La Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition prévoit la possibilité, à laquelle on a trop rarement recours, de transférer les détenus en milieu communautaire, y compris dans des hôpitaux provinciaux et territoriaux. Si nous voulons lutter efficacement contre la discrimination et les inégalités systémiques qui menacent la santé et la vie des personnes les plus marginalisées dans les prisons fédérales, il est temps d'adopter des mesures comme celles qui sont proposées dans le projet de loi S-230, de manière à donner une impulsion à ces options communautaires.»

19. Étendre le Programme d'échange de seringues dans les prisons

«En 2018, le Service correctionnel du Canada a enfin lancé le Programme d'échange de seringues dans les prisons qui, malheureusement et malgré les besoins criants, n'est actuellement offert que dans une petite partie des prisons du Canada. Ce programme vise à mettre en œuvre des mesures pour lutter contre la consommation de drogues et la toxicomanie dans les établissements correctionnels fédéraux.»

20. Adopter une stratégie globale de réduction des méfaits dans les prisons

«Nous avons le devoir de remédier aux défaillances systémiques qui perpétuent les crises sanitaires et de faire respecter la dignité et les droits de toutes les personnes, peu importe leur situation. Je recommande vivement que nous travaillions ensemble pour demander des comptes au Service correctionnel à l'appui d'une stratégie globale de réduction des méfaits et des solutions communautaires parallèles à l'incarcération, de manière à protéger non seulement la santé des détenus et du personnel, mais aussi celle de notre société dans son ensemble.»

SÉNATEUR RAVALIA	<p>21. Améliorer l'accès au dépistage, notamment dans les régions rurales et éloignées</p> <p>«S'il était plus facile d'avoir accès aux outils de diagnostic dernier cri, comme les trousseaux d'autodépistage et les tests hors laboratoire, et si nous faisions plus de place aux tests anonymes, il y aurait beaucoup plus de gens qui se feraient tester, ce qui veut dire que les maladies et infections pourraient être diagnostiquées plus rapidement, et c'est ce qui constitue la clé pour une meilleure santé.»</p> <p>22. Étendre les modèles de dépistage en pharmacie à l'échelle nationale</p> <p>«Les pharmacies de Terre-Neuve-et-Labrador contribuent directement à faciliter l'accès aux diagnostics et aux soins et à réduire la pression qui s'exerce sur la première ligne du réseau de la santé. Le projet APPROACH, par exemple, qui a vu le jour en 2017 et qui vise à adapter les tests hors laboratoire aux pharmacies, a montré qu'il est beaucoup plus efficace pour les pharmacies d'offrir directement les tests pour le VIH, l'hépatite C et la syphilis. En plus de pousser le taux de diagnostics à la hausse, ce modèle permet de faire plus aisément le lien avec les soins et pourrait servir de plateforme pour l'implantation de programmes semblables partout au pays.»</p> <p>23. Financer et étendre les programmes d'accès sécuritaire</p> <p>«Le lien entre les programmes [d'accès sécuritaire] et la réduction des méfaits, l'éducation et la prévention est indéniable, mais pour continuer à donner des résultats, ils ont besoin de financement durable et doivent être offerts à plus d'endroits.»</p> <p>24. Encourager la collaboration intersectorielle</p> <p>«En favorisant la collaboration entre les gouvernements, la société civile et les professionnels de la santé, nous pouvons mieux sensibiliser la population, améliorer le dépistage et mieux soutenir les personnes touchées.»</p>
SÉNATRICE SIMONS	<p>25. Renforcer le dépistage et le traitement de la syphilis</p> <p>«Si les mères atteintes de syphilis bénéficient d'un dépistage et de tests prénataux appropriés, il est possible d'empêcher que des bébés meurent ou naissent avec une syphilis congénitale. Mais nous ne faisons pas assez de tests et nous n'offrons pas assez de traitements.»</p> <p>26. Améliorer l'accès aux soins primaires</p> <p>«Nous traversons une crise chronique au Canada en ce qui concerne l'accès aux soins de santé primaires, ce qui signifie que des jeunes de tous les horizons qui ont une vie sexuelle active et des partenaires multiples — les étudiants universitaires ou les jeunes professionnels — n'ont pas non plus de médecin de famille. Ils ne se font pas examiner régulièrement, ce qui ne facilite pas le dépistage, le suivi ou le traitement de la syphilis.»</p> <p>27. Reconnaître la syphilis comme un enjeu de santé publique contemporain</p> <p>«Dans le cas de la syphilis, toutefois, les interventions ont été timides il y a 20 ans et nous ne tirons toujours pas la sonnette d'alarme avec assez de vigueur, puisque les gens pensent encore que la syphilis est une maladie de l'ancien temps ou encore une maladie qui n'est pas vraiment grave ni mortelle.»</p> <p>28. Tirer des leçons des campagnes de lutte contre le VIH/sida</p> <p>«J'ai grandi pendant l'épidémie de sida et je me souviens des campagnes de santé publique, certes tardives, mais quand même très efficaces, qui encourageaient les gens à se protéger lorsqu'ils avaient des rapports sexuels. Je me souviens des combats menés pour que des distributrices de condoms soient installées dans les écoles secondaires de banlieue. Ces campagnes ont contribué à réduire l'incidence de l'infection par le VIH.»</p>

**SÉNATEUR
WELLS****29. Lutter contre la stigmatisation, les préjugés et la désinformation**

«Pour freiner l'augmentation du nombre d'infections par le VIH et d'autres ITSS, il ne s'agit pas seulement d'améliorer l'accès à l'éducation, au dépistage et au traitement; nous devons tous nous attaquer à la stigmatisation, aux préjugés et à la désinformation qui nous empêchent de créer une société plus juste et plus inclusive.»

30. Offrir une éducation sexuelle complète, inclusive et adaptée

«Malheureusement, à l'heure actuelle, nous n'en faisons pas assez pour mettre en œuvre des programmes complets d'éducation en matière de santé sexuelle dans les écoles canadiennes. De nombreuses écoles primaires et secondaires n'offrent toujours pas d'éducation complète, inclusive et adaptée à l'âge des élèves, ce qui fait en sorte que les jeunes sont mal outillés face aux complexités de la santé sexuelle.»

31. Améliorer l'accessibilité au dépistage et au traitement des ITSS

«Nous devons faciliter l'accès aux trousseaux de dépistage à domicile, multiplier les services de télésanté et les options en ligne, accroître la sensibilisation et la formation des cliniciens et des prestataires de soins de santé et, enfin, permettre un accès plus direct et discret au dépistage, au traitement et à l'aiguillage.»

32. Faire du dépistage des ITSS un droit fondamental

«Nous devons également former et outiller nos professionnels de la santé afin de faire du dépistage des ITSS un droit fondamental.»

33. Supprimer la criminalisation de la non-divulgation du VIH

«Le code criminel du Canada continue de criminaliser et de stigmatiser les personnes qui ne révèlent pas à leur partenaire qu'ils sont porteurs du VIH, même dans les cas où, d'un point de vue scientifique, le risque d'infection est nul.»

**RECOMMANDATION
COMMUNE****34. AGIR MAINTENANT pour freiner la progression des ITSS**

Face à l'augmentation alarmante des ITSS, il est impératif d'agir immédiatement. Une mobilisation rapide, coordonnée et soutenue des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que des partenaires communautaires, est essentielle pour assurer l'accès universel à la prévention, au dépistage, au traitement et à l'éducation en santé sexuelle. L'inaction entraîne des conséquences graves pour la santé publique au Canada.

CONCLUSION

La augmentation alarmante des taux d'ITSS au Canada constitue un problème de santé publique majeur qui nécessite une action concertée et immédiate. Face à cette situation critique, il est nécessaire d'intensifier les efforts du Canada pour contrer la progression des ITSS, renforcer la prévention et le traitement des ITSS et atteindre les engagements nationaux et internationaux du Canada en la matière.

Les ITSS sont largement évitables, traitables et, dans plusieurs cas, curables. Grâce aux avancées scientifiques, nous comprenons mieux leurs modes de transmission et disposons aujourd'hui de nouveaux outils pour les prévenir, les diagnostiquer et les traiter. Les progrès de la recherche et des technologies médicales ont considérablement transformé la prévention et la prise en charge des ITSS. Les thérapies antirétrovirales pour le VIH et les traitements curatifs pour l'hépatite C ont changé la vie de milliers de Canadiens et Canadiennes, leur permettant de vivre plus longtemps et en meilleure santé.

Pourtant, malgré ces avancées, les ITSS demeurent un problème de santé publique majeur. Plusieurs facteurs alimentent la hausse des taux d'infection: la présence fréquente d'infections asymptomatiques, la perception erronée du risque, le manque d'éducation complète en matière de santé sexuelle, la consommation de substances et l'utilisation inconstante du condom. Les ITSS continuent de causer des souffrances physiques et psychologiques considérables, en plus d'avoir des répercussions sociales et économiques importantes. Les conséquences peuvent être graves, particulièrement lorsque le traitement est retardé: douleurs chroniques, cancers, infertilité, complications de grossesse, déficiences immunitaires et détresse psychologique.

La solution à ce problème persistant exige une approche globale, misant à la fois sur la détection précoce, l'accès à des traitements innovants et le déploiement de stratégies de prévention complètes. L'élargissement de l'accès aux services de dépistage et de soins, combiné à l'intégration de nouvelles technologies médicales, comme les tests rapides et les autotests, favorisera une détection plus rapide et une réduction de la transmission. Investir dans l'innovation thérapeutique renforcera la capacité du Canada à traiter efficacement les ITSS et à en limiter les répercussions à

long terme. Chaque progrès scientifique et chaque geste de prévention représentent un pas de plus vers une société en meilleure santé.

Tout au long des recherches et des démarches ayant mené à la rédaction de cette publication, nos pensées se sont tournées vers les Canadiens et Canadiennes emportés par le sida au fil des ans. Jeunes artistes, journalistes, réalisateurs télé ou simples citoyens de tous les âges, de tous les secteurs et de tous milieux: ils nous ont tous quittés beaucoup trop tôt, emportés par ce virus abominable. Des femmes et des hommes qui étaient voués à des carrières prolifiques, qui avaient des vies familiales et sociales riches et qui contribuaient activement à la société canadienne. Nous nous demandons souvent quelles seraient les vies de ces personnes aujourd'hui, elles qui étaient porteuses d'une grande humanité et qui avaient tant à offrir à notre pays.

Nous voulons leur rendre hommage et dire à leurs familles et amis que nous ne les oublierons jamais. Nous pensons aussi à celles et ceux qui vivent aujourd'hui avec le VIH ou une autre ITSS et qui se sentent parfois isolés. Qu'ils sachent qu'ils ne sont pas seuls et que nous porterons leur voix dans toutes les instances possibles.

Nous remercions chaleureusement les professionnels de la santé qui œuvrent sans relâche pour prévenir, traiter et, un jour, éradiquer ces infections. Nous exprimons également notre profonde reconnaissance aux organismes communautaires, qui travaillent d'arrache-pied sur le terrain, souvent avec des ressources limitées, pour sensibiliser, accompagner et soutenir les personnes les plus touchées. Leur dévouement, leur créativité et leur persévérance sont au cœur de la lutte contre les ITSS au Canada. Nous adressons aussi toute notre gratitude à nos précieux collaborateurs, dont le soutien a rendu ce projet possible.

Enfin, nous vous remercions, lectrices et lecteurs, d'avoir pris connaissance de ce document et de vous intéresser à ces enjeux de santé publique essentiels. Les ITSS et le VIH n'appartiennent pas au passé: ils sont toujours bien présents et frappent particulièrement notre jeunesse, partout au pays.

AGISSEZ ENSEMBLE!

AGISSEZ MAINTENANT!

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé publique du Canada. (2018). Un cadre d'action pancanadien sur les ITSS: Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030. Gouvernement du Canada.
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html>

Agence de la santé publique du Canada. (2019). Accélérer notre intervention : Plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Gouvernement du Canada.
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/accelerer-notre-intervention-plan-action-quinquennal-infections-transmissibles-sexuellement-sang.html>

Agence de la santé publique du Canada. (2022). Rapport d'étape 2019-2020 relatif au Plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Gouvernement du Canada.
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/rapport-etape-2019-2020-plan-action-infections-transmissibles-sexuellement-sang.html>

Agence de la santé publique du Canada. (28 juillet 2022). Le Canada se prononce en appuyant la déclaration mondiale de la campagne Indétectable = Intransmissible (I = I). Gouvernement du Canada.
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2022/07/le-canada-se-prononce-en-appuyant-la-declaration-mondiale-de-la-campagne-indetectable-intransmissible-i-i.html>

Agence de la santé publique du Canada. (2023a). Chlamydia, gonorrhée et syphilis infectieuse au Canada: Données de surveillance de 2021. Gouvernement du Canada.
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/chlamydia-gonorrhée-syphilis-infectieuse-2021-donnees-surveillance.html>

Agence de la santé publique du Canada. (2023b). L'hépatite C au Canada: Mise à jour des données de surveillance de 2021. Gouvernement du Canada.
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/hepatite-c-canada-mise-a-jour-donnees-surveillance-2021.html>

Agence de la santé publique du Canada. (2023c). L'hépatite B au Canada: Mise à jour des données de surveillance de 2021. Gouvernement du Canada.
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/hepatite-b-canada-mise-a-jour-donnees-surveillance-2021.html>

Agence de la santé publique du Canada. (2024a). Les progrès du Canada vers l'élimination de l'épidémie de VIH. Gouvernement du Canada.
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/progres-canada-vers-elimination-epidemie-vih.html>

Agence de la santé publique du Canada. (2024b). Le VIH au Canada : Les points saillants de la surveillance pour 2023. Gouvernement du Canada.
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-points-saillants-surveillance-2023-infographie.html>

Agence de la santé publique du Canada. (2024c). Virus du papillome humain (VPH) : Symptômes et traitement. Gouvernement du Canada.

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/virus-papillome-humain-vph.html>

Agence de la santé publique du Canada. (2024d). Vaccins contre le virus du papillome humain (VPH) : Guide canadien d'immunisation. Gouvernement du Canada.

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-9-vaccin-contre-virus-papillome-humain.html>

Agence de la santé publique du Canada. (2024e). Plan d'action 2024-2030 du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Gouvernement du Canada.

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/plan-action-2024-2030-infections-transmissibles-sexuellement-et-par-sang.html>

ONUSIDA. (2024). Fiche d'information – Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida.

<https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>

ONUSIDA. (2025). Sida, crise et pouvoir de transformation : ONUSIDA rapport mondial sur le sida 2025. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.

https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-JC3153_en.pdf

Infobase Santé. (2025). Faits Saillants – Tableau de bord sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang : Cadre d'indicateurs. Gouvernement du Canada.

<https://sante-infobase.canada.ca/itss/>



L'HONORABLE | THE HONOURABLE
René Cormier
SÉNATEUR | SENATOR
CANADA