



Santé Health
Canada Canada



Service Correctionnel Correctional
Canada Service Canada

**Rapport de suivi sur la Stratégie
canadienne sur le VIH/sida
Mai 1998 - novembre 1999**

6 octobre 2000



*Canadian
Strategy
on HIV/AIDS* *La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida*

Canada

SOMMAIRE

La Stratégie canadienne sur le VIH/sida (SCVS) a été lancée par le ministre fédéral de la Santé en mai 1998, à la suite de consultations nationales d'une envergure sans précédent auprès de l'ensemble des organisations et des individus qui interviennent dans le domaine du VIH/sida. La SCVS a été élaborée et est mise en œuvre dans le vaste contexte des activités portant sur le VIH/sida et des changements d'orientation dans ce domaine au Canada et à l'échelle internationale. Elle est fondée sur une approche pancanadienne reconnaissant que les défis dans ce secteur sont trop importants et trop complexes pour pouvoir être relevés par un seul gouvernement, organisme ou intervenant. L'engagement à long terme du gouvernement fédéral en ce qui concerne le financement des programmes et des activités touchant le VIH/sida est un des principaux éléments de la nouvelle stratégie.

Ce premier rapport de suivi annuel sur la SCVS couvre la période allant de mai 1998 à novembre 1999. Son but est d'informer les intervenants, les décideurs et le public canadien au sujet des activités soutenues par la SCVS et de certains résultats choisis, tout en servant d'outil de gestion pour les partenaires de la SCVS.

Comme il s'agit d'un rapport initial, ce document décrit plus qu'il analyse. Il résume les informations soumises par les intervenants, à savoir les gouvernements fédéral et provinciaux, les organisations non gouvernementales (ONG) nationales, les universités, les chercheurs, les organismes de services et les groupes communautaires, mais évite de mesurer ou d'évaluer les activités décrites. Et il n'essaie pas de relier les changements ou les tendances marquant l'évolution de l'épidémie de VIH/sida au Canada, à des activités spécifiques parmi celles décrites ici.

Bien que la période allant de mai 1998 à novembre 1999 ait été une période marquée par le passage de l'ancienne Stratégie nationale sur le sida à la SCVS, on voit clairement à partir des activités rapportées ici qu'un travail énorme a été accompli pour mettre en œuvre la nouvelle stratégie. Le chapitre 3 décrit en bref les activités de mise en œuvre, qui sont trop nombreuses et trop variées pour qu'on puisse en faire la synthèse dans ce sommaire. On peut toutefois affirmer que toutes les parties intéressées ont joué un rôle actif dans la poursuite des objectifs de la SCVS et dans la mise en œuvre de ses volets.

Même si l'épidémie de VIH/sida au Canada continue à évoluer, certains faits semblent étayer les affirmations générales suivantes :

- La prévalence du VIH, c'est-à-dire le nombre de personnes atteintes du VIH/sida au Canada, augmente, et ces personnes vivent plus longtemps avec le VIH/sida.
- En dépit du fait que le nombre des personnes diagnostiquées séropositives a baissé quelque peu au cours des dernières années, il ressort d'estimations corrigées statistiquement que l'incidence du VIH pourrait être nettement supérieure au taux déclaré, ce qui soulève la question grave de savoir si le nombre de nouvelles infections a régressé ou au contraire augmenté pendant les dernières années.

- Des signes semblent indiquer nettement que l'épidémie se déplace de plus en plus du segment de population constitué par des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH), qui formait le principal groupe atteint lors des premières phases de l'épidémie, vers d'autres groupes, comprenant notamment les utilisateurs de drogues injectables (UDI), les Autochtones, les femmes et les populations carcérales.
- Il y a aussi des faits montrant clairement que les nombres de cas de sida et de décès attribués au sida sont en baisse au Canada. Mais les données sont insuffisantes pour déterminer si cette tendance peut se maintenir.
- Les nouvelles informations laissent penser que la qualité de la vie des personnes atteintes du VIH/sida peut s'améliorer au sein de certains groupes. En même temps, de nouvelles questions sur la qualité de la vie commencent à se poser du fait qu'un plus grand nombre de personnes vivent plus longtemps avec le VIH.
- De plus en plus de données indiquent que, comparativement aux membres des groupes plus favorisés sur le plan socio-économique, les membres des groupes défavorisés sont plus susceptibles de vivre et de travailler dans des conditions augmentant pour eux le risque d'infection par le VIH, plus susceptibles de devenir séropositifs, moins susceptibles de suivre des schémas thérapeutiques complexes, et plus susceptibles de mourir prématurément.

Il existe une quantité impressionnante de données de référence qui permettent la surveillance continue de l'épidémie de VIH/sida au Canada. En revanche, le corpus de données sur le VIH/sida au Canada présente des lacunes importantes et, relativement à certaines questions nouvelles, il sera nécessaire de faire des recherches plus poussées pour améliorer notre capacité de suivre les changements observés dans l'évolution de l'épidémie et d'y répondre. En particulier, il faut :

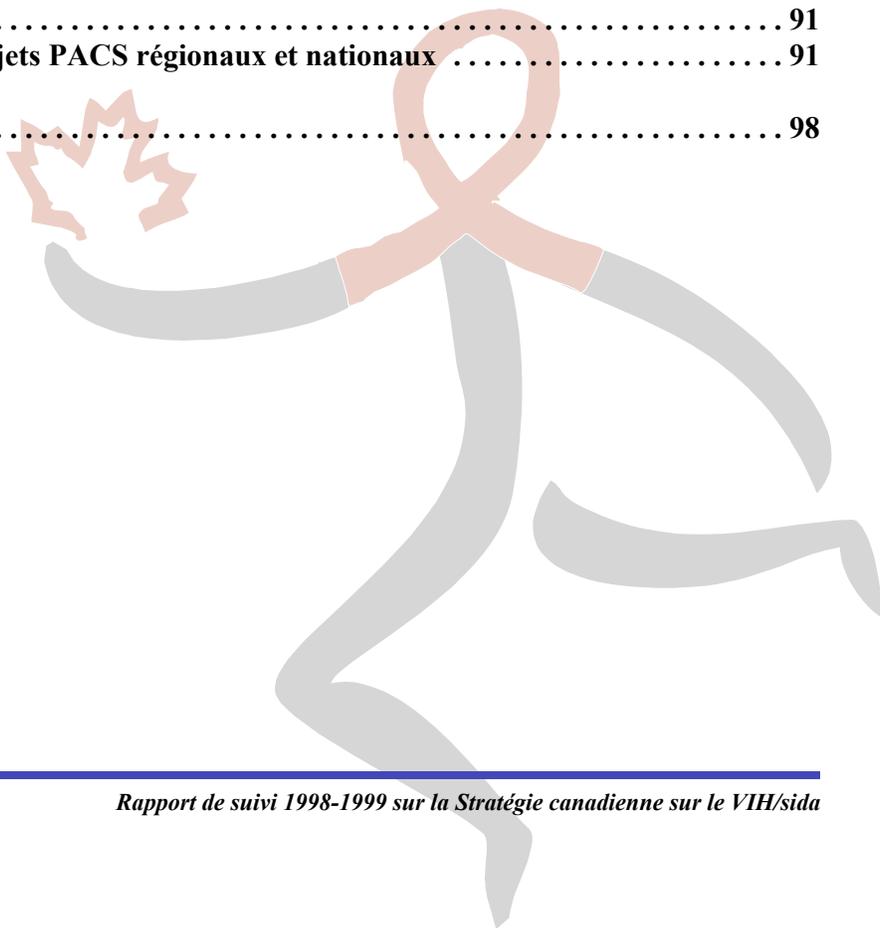
- améliorer systématiquement la mesure de l'incidence et de la prévalence du VIH;
- constituer des bases de données qui reflètent mieux l'évolution de l'épidémie comme telle;
- faire davantage appel aux indicateurs intermédiaires et aux études d'évaluation des répercussions des activités de la SCVS (notamment des études centrées sur les interventions dans les communautés principales);
- améliorer la qualité des informations sur le VIH/sida obtenues à partir des grandes enquêtes nationales, comme l'Enquête nationale sur la santé de la population, les Enquêtes régionales sur la santé des Autochtones et des Inuits, et l'Enquête nationale sur la santé dans les communautés qui est planifiée;
- accorder une plus grande attention à la relation entre les grands déterminants de la santé (comme le revenu, l'éducation, l'hébergement et la sécurité) et le VIH/sida;
- faire de nouvelles recherches sur la qualité de la vie des personnes atteintes du VIH/sida; et
- se préoccuper davantage des besoins des différents groupes de la population touchés par le VIH/sida, dont la diversité devient de plus en plus grande avec le temps, et de les faire participer davantage à l'élaboration des programmes.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
SOMMAIRE	i
À PROPOS DE CE RAPPORT	1
Introduction	1
Organisation du Rapport	1
Remerciements	2
CHAPITRE 1	3
La Stratégie canadienne sur le VIH/sida	3
Historique : Réponse à une épidémie en mutation	3
Cadre politique de la SCVS	4
Buts de la SCVS	4
Volets du programme	5
Affectation de fonds par le gouvernement fédéral pour le VIH/sida	7
CHAPITRE 2	9
Contexte, suivi et rôles de la SCVS	9
Introduction	9
Facteurs contextuels	9
Modèle logique du suivi de la SCVS	10
Rôles et mandats des partenaires de la stratégie	12
CHAPITRE 3	21
Activités de mise en œuvre de la stratégie	21
Introduction	21
Prévention	21
Action communautaire	26
Soins, traitements et soutien	30
Questions juridiques, éthique et droits de la personne	34
Concentration des efforts sur les communautés autochtones	38
Collaboration internationale dans la lutte contre le VIH/sida	41
Recherche	45
Surveillance du VIH/sida	49
Prisons	52
Gestion stratégique, coordination, évaluation et contrôle	55

TABLE DES MATIÈRES (SUITE)

	Page
CHAPITRE 4	58
Tendances principales en rapport avec le VIH/sida au Canada	58
Introduction et conclusions provisoires	58
Contexte : Tendances historiques du VIH/sida au Canada	61
Tendances nationales actuelles	63
Les populations	65
Prévalence du VIH	68
Incidence du VIH	72
Cas de sida déclarés	77
Déterminants plus généraux de la santé	80
Espérance et qualité de la vie	82
CONCLUSION	85
ANNEXE 1	86
Indicateurs clés et sources de données	86
Introduction	86
Indicateurs clés	86
SOURCES DE DONNÉES	87
ANNEXE 2	91
Financement des projets PACS régionaux et nationaux	91
REFERENCES	98



À PROPOS DE CE RAPPORT

INTRODUCTION

C'est le premier rapport de suivi annuel sur la Stratégie canadienne sur le VIH/sida (SCVS), qui a été lancée en mai 1998 en remplacement de l'ancienne Stratégie nationale sur le sida.

Le présent rapport vise à informer les intervenants, les décideurs et le public canadien au sujet des activités soutenues par la SCVS et de certains résultats choisis, et à servir d'outil de gestion pour les partenaires de la SCVS. À cette fin, il regroupe les informations venant de tous les participants de la SCVS - gouvernements fédéral et provinciaux, organisations non gouvernementales nationales, universités, chercheurs, organismes de service et groupes communautaires. Ce rapport est centré sur les activités financées par des fonds de la SCVS, depuis le début de la Stratégie jusqu'en novembre 1999. Il fait, de plus, état des résultats de différentes activités, lorsque de tels résultats sont accessibles. *Le rapport a été établi à partir d'informations fournies par des intervenants sur une base volontaire. Il se peut donc que notre rapport soit incomplet.*

Le présent document est un rapport initial et, comme tel, il décrit plus qu'il analyse. Dans ce rapport, on évite de mesurer et d'évaluer les activités décrites, et l'on n'essaie pas de relier les changements ou les tendances marquant l'évolution de l'épidémie de VIH/sida au Canada, à des activités spécifiques parmi celles décrites ici.

Dans l'avenir, les rapports de suivi annuels fourniront des données supplémentaires sur les activités et leurs résultats, et ils contribueront à l'évaluation des progrès accomplis en fonction des objectifs fixés par la SCVS. Le processus de suivi vise à soutenir l'élaboration de recommandations par le Conseil ministériel sur le VIH/sida et les processus de planification opérationnelle de tous les intervenants.

ORGANISATION DU RAPPORT

Le rapport est organisé de la façon suivante :

LE CHAPITRE 1 fournit des informations sur le processus original qui sous-tend l'élaboration de la SCVS, ainsi que sur les objectifs de la Stratégie et les volets du programme. Des informations sont également données sur le financement par le gouvernement fédéral des activités et programmes liés au VIH/sida.

LE CHAPITRE 2 examine les facteurs contextuels influençant la mise en œuvre de la SCVS, établit la logique de suivi de la SCVS et décrit les rôles et mandats de tous les partenaires clés de la Stratégie.

LE CHAPITRE 3 décrit la mise en œuvre d'activités pour chacun des volets de la SCVS. Il présente en outre des exemples d'activités et de projets spécifiques fournis par chacun des partenaires de la Stratégie.

LE CHAPITRE 4 propose un examen approfondi des indicateurs clés employés pour suivre l'épidémie de VIH/sida au Canada, à savoir l'incidence et la prévalence du VIH, l'incidence et la prévalence du sida, le nombre de décès attribués au sida, et des aspects en rapport avec la qualité de la vie des personnes atteintes du sida. Ce chapitre examine aussi des grands déterminants de la santé et fournit des analyses détaillées sur certains groupes de population à risque et modes de transmission, en utilisant à la fois des données connues et des données imputées.

LA CONCLUSION propose une synthèse du document et prépare au prochain rapport de suivi.

L'ANNEXE 1 fournit des informations supplémentaires sur les indicateurs et les sources de données qui ont été utilisés pour préparer le chapitre 4.

L'ANNEXE 2 donne la répartition des fonds affectés aux projets PACS régionaux et fédéraux pour l'exercice 1998-1999.

REMERCIEMENTS

Le présent rapport a été rédigé par une équipe de projet du *Centre for Health Promotion* de l'Université de Toronto, qui comprend Irv Rootman, Reg Warren, Rick Wilson, Kathy Joly et Susan Swanson. Ted Myers, Brian Bell et Theo Debruyn ont joué le rôle de conseillers scientifiques et ont apporté leur concours pour la rédaction. La révision finale du texte a été assurée par John Bissonnette.

L'élaboration de ce rapport aurait été impossible sans la coopération de tous les partenaires de la SCVS, qui ont fourni les informations de base et fait part de leurs observations critiques à différentes étapes du processus. Le fait que nous leur témoignons notre reconnaissance ne signifie pas qu'ils endossent le contenu de ce rapport. Toute erreur ou omission est la seule responsabilité des auteurs, qui tiennent ici à remercier tous ceux qui ont apporté leur soutien pour l'élaboration du présent rapport.

CHAPITRE 1

La Stratégie canadienne sur le VIH/sida

HISTORIQUE : RÉPONSE À UNE ÉPIDÉMIE EN MUTATION

La Stratégie canadienne sur le VIH/sida a été lancée à la suite d'une consultation sans précédent entreprise à l'échelle du pays pendant une période de deux mois à l'automne 1997, qui portait sur l'orientation à donner dans l'avenir aux programmes canadiens sur le VIH/sida. Les consultations ont été menées à l'initiative du ministre fédéral de la Santé, par des groupes nationaux intéressés, soucieux de voir le gouvernement fédéral s'engager à assurer la continuité du financement des activités touchant le VIH/sida. Le processus a mis en jeu l'ensemble des organisations et des individus concernés, y compris les organismes de services liés au sida, les groupes à risques, les populations autochtones, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les ministères fédéraux autres que Santé Canada, les fournisseurs de soins de santé, le secteur privé, les chercheurs et, ce qui est plus important, des personnes atteintes du VIH/sida¹.

Avant les consultations, des signes clairs révélaient que l'épidémie de VIH/sida avait évolué considérablement au Canada entre le milieu des années 1980 et celui des années 1990 (voir l'analyse détaillée de cette question au chapitre 4). Les faits les plus notables étaient les suivants :

- nette diminution du pourcentage d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH) parmi les nouveaux cas d'infection déclarés;
- augmentation du pourcentage d'utilisateurs de drogues injectables (UDI) parmi les nouveaux cas d'infection déclarés;
- augmentation du pourcentage de femmes parmi les nouveaux cas d'infection déclarés;
- hausse de l'incidence du VIH/sida chez les populations autochtones;
- hausse de l'incidence du VIH/sida parmi les détenus des établissements correctionnels; et
- augmentation des demandes de soutien de la part des familles, des amis et des soignants de personnes atteintes du VIH/sida.

Outre les questions soulevées par ces changements importants dans la nature et les caractéristiques du VIH/sida au Canada, de nouvelles questions se posaient sur les programmes. Par exemple :

- de nouveaux traitements plus efficaces permettaient aux personnes atteintes du VIH/sida de vivre plus longtemps, ce qui soulevait de nouvelles questions concernant la qualité de la vie (notamment au sujet du logement, de l'emploi, de l'accès aux médicaments et du traitement);

- certaines populations nouvellement à risque, comme les UDI, se révélaient plus difficiles à rejoindre et à sensibiliser; et
- des inquiétudes étaient exprimées au sujet de l'efficacité des efforts d'éducation et de prévention, notamment pour ce qui était des populations nouvellement à risque.

Par suite du caractère évolutif de l'épidémie de VIH/sida, le gouvernement du Canada et les différents intervenants ont reconnu la nécessité d'adopter de nouvelles orientations pour les programmes sur le VIH/sida, ainsi que de poursuivre l'action entreprise et de la renforcer dans de nombreux secteurs d'activité existants. Leur collaboration et la consultation menée sont à l'origine de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.

CADRE POLITIQUE DE LA SCVS

La SCVS est fondée sur une approche pancanadienne qui reconnaît que les défis sont trop importants et trop complexes pour pouvoir être relevés par un seul gouvernement, organisme ou intervenant. La SCVS appelle donc la coopération et la formation de partenariats entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les organisations bénévoles et le secteur privé.

Les trois grandes orientations stratégiques qui guident la mise en œuvre de la Stratégie sont les suivantes :

- **Améliorer la durabilité et l'intégration** - Adoption de nouvelles approches et de nouveaux mécanismes afin de consolider et de coordonner un plan d'action national durable.
- **Concentrer davantage les efforts sur les groupes les plus exposés** - Adoption de stratégies novatrices pour cibler les comportements à risque élevé parmi des populations souvent marginalisées sur le plan socio-économique;
- **Améliorer la reddition de comptes** - Avoir recours davantage à un processus décisionnel fondé sur des éléments probants ainsi qu'à un examen et à un suivi permanents des résultats, pour assurer que la SCVS apporte une réponse pertinente aux problèmes posés par les changements que connaît la réalité du VIH/sida.

BUTS DE LA SCVS

Les buts de la SCVS sont les suivants :

- prévenir la propagation de l'infection à VIH au Canada;
- trouver un traitement curatif;
- trouver et offrir des vaccins, des médicaments et des traitements efficaces;
- fournir des soins, des traitements et un soutien aux Canadiens et aux Canadiennes vivant avec le VIH/sida, à leur famille, à leurs amis et à leurs soignants;

- réduire au minimum les répercussions néfastes du VIH/sida sur les individus et les communautés; et
- réduire au minimum les répercussions des facteurs sociaux et économiques qui augmentent le risque individuel et collectif de ce type d'infection.

VOLETS DU PROGRAMME

Ces buts de la Stratégie sont articulés en dix volets, qui sont décrits brièvement ci-dessous :

- **Prévention** - Actuellement, la prévention est le seul moyen de défense contre le VIH. Pour empêcher la propagation du VIH, la Stratégie appuie des nouvelles recherches visant à déterminer ce qui fait que des personnes risquent d'être infectées par le VIH, et elle s'efforce de diffuser largement les connaissances découlant de ces recherches; elle subventionne des projets de prévention novateurs ciblant les populations pour qui le risque de VIH/sida est le plus élevé; elle fait des efforts pour améliorer la compréhension que possède le public du VIH/sida; elle diffuse des informations et des connaissances en rapport avec les activités de prévention qui se sont révélées efficaces; elle diffuse des informations scientifiques au sujet des populations qui sont affectées ou susceptibles d'être touchées, de façon à ce que les initiatives de prévention nécessaires puissent être lancées; et elle soutient l'éducation des professionnels des secteurs de la santé, des services sociaux et de l'enseignement en matière de prévention du VIH/sida.
- **Développement communautaire et soutien aux ONG nationales** - Le développement communautaire est à la base d'une réponse efficace au problème du VIH/sida. La SCVS octroie des subventions, par le biais du Programme d'action communautaire sur le sida (PACS), dans le but de rendre les organisations bénévoles sans but lucratif et les groupes communautaires plus aptes à satisfaire les besoins des personnes susceptibles de contracter l'infection et de soutenir ces organisations dans leur rôle, qui est d'établir un lien direct avec les conditions locales très changeantes partout au Canada. Un soutien financier est aussi fourni aux organisations non gouvernementales nationales ayant comme vocation principale d'apporter des réponses au problème du VIH/sida, de créer et de maintenir des réseaux de groupes et d'organisations communautaires et de s'attaquer aux problèmes nouveaux se posant au niveau national.
- **Soins, traitements et soutien** - La demande de soins, de traitements et de soutien pour les Canadiens atteints du VIH/sida est à la hausse. Ce volet de la SCVS apporte un appui aux intervenants professionnels et non professionnels, pour qu'ils puissent offrir le meilleur traitement possible aux personnes atteintes du VIH/sida : il a pour mandat de reconnaître et d'éliminer les obstacles aux meilleurs soins et soutien aux personnes atteintes du VIH/sida.
- **Recherche** - La recherche sur le VIH/sida demeure toujours essentielle. Reposant sur les fondements solides établis au cours des années passées, le programme de recherche de la SCVS soutient l'excellence scientifique dans la recherche sur le VIH/sida et en fait une composante permanente de la recherche menée dans les universités et les autres centres de recherche. Il vise en outre à faire participer davantage les communautés aux décisions

touchant les priorités de la recherche, s'assure que les fonds affectés à la recherche sont bien dépensés et que les résultats de recherche sont bien utilisés dans la lutte contre le VIH/sida. Enfin, ce programme veille à ce que la recherche épidémiologique constitue une composante forte dans l'ensemble des recherches, prend des mesures pour que la recherche dans les communautés autochtones devienne plus importante, cherche à rendre plus efficace la coordination en ce qui concerne le financement de la recherche sur le VIH/sida, et soutient le Réseau canadien pour les essais VIH.

- **Surveillance** - Depuis 1983, la surveillance du sida a été le principal mécanisme utilisé pour suivre l'évolution de l'épidémie de sida. La SCVS va plus loin dans cette mission en appuyant les efforts déployés pour améliorer les communications et rendre les systèmes de surveillance plus utiles, et en menant des analyses plus approfondies des tendances et des projections.
- **Prisons** - D'après les estimations, le taux d'infection par le VIH dans la population carcérale du Canada est au moins dix fois supérieur au taux pour l'ensemble de la population. La SCVS appuie les efforts visant à empêcher la propagation de l'infection à VIH dans les pénitenciers fédéraux et les établissements correctionnels communautaires; elle assure aux détenus atteints du VIH/sida l'accès à des soins, des traitements et un soutien de qualité; elle réduit au minimum les effets néfastes du VIH/sida sur le personnel, les détenus et la communauté; elle prépare et diffuse de l'information sur le VIH/sida dans le milieu correctionnel; et elle apporte, à l'échelle du pays, une réponse concertée et durable au problème du VIH/sida dans le milieu correctionnel.
- **Questions juridiques, éthique et droits de la personne** - La peur, la stigmatisation et la discrimination entourent encore le VIH/sida, ce qui fait obstacle à l'efficacité de la prévention, des soins, des traitements et du soutien. La SCVS s'attaque à des questions touchant la protection des droits de la personne dans le cas des personnes atteintes du VIH/sida, des communautés affectées et des populations marginalisées; la suppression de la discrimination reliée au VIH/sida dans le milieu de travail, dans les écoles et dans les communautés; le dépistage et la confidentialité; l'accès aux soins, traitements et soutien pour les utilisateurs de drogues injectables; les lois et politiques réglementant le commerce du sexe; et les restrictions touchant les voyages et l'immigration.
- **Communautés autochtones** - Depuis 1984, année où des données sur le VIH/sida se rapportant spécifiquement aux Autochtones ont été collectées pour la première fois, on observe une augmentation soutenue du nombre de cas de sida chez les Autochtones du Canada. La SCVS dispose de fonds spéciaux pour financer la création de partenariats avec les communautés autochtones, dans le but d'aider à satisfaire les besoins uniques des populations autochtones vivant dans des réserves ou en milieu urbain. Ainsi, la Stratégie appuie des initiatives de prévention du VIH/sida; les efforts en matière de

développement communautaire; les efforts visant à améliorer les soins, les traitements et le soutien offerts aux Canadiens autochtones qui vivent avec le VIH/sida; et les efforts visant à améliorer la coordination des programmes sur le VIH au sein des communautés autochtones.

- **Collaboration internationale** - Le VIH est un problème mondial, qui ne connaît pas de frontières et peut toucher n'importe qui. Le Canada continue de participer à la lutte menée contre le VIH/sida dans le monde entier : en déployant plus d'effort pour partager des informations, y compris en matière d'expertise et de recherche, avec d'autres pays et organisations; en participant à des forums internationaux sur des questions liées au VIH/sida; et en prenant une part plus active à l'effort fait pour trouver une réponse mondiale au problème du VIH/sida.
- **Consultation, évaluation, suivi et présentation de rapports** - La SCVS est une initiative d'envergure considérable qui doit être gérée avec efficacité et efficacie pour que ses effets soient les plus grands possibles. À cette fin, la Stratégie met en place des mécanismes de coordination des politiques et des programmes visant à susciter une pleine participation des Canadiens; elle renforce la capacité du Canada à prendre en charge les problèmes liés au VIH/sida à long terme par l'élaboration d'une politique de santé publique propice à l'amélioration de la prévention du VIH/sida et de la qualité de la vie des personnes infectées; et, grâce à la mise en œuvre de moyens plus efficaces pour rendre compte au public, qui incluent notamment un suivi régulier, des évaluations et la diffusion des résultats de tous les volets de la nouvelle Stratégie.

AFFECTATION DE FONDS PAR LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL POUR LE VIH/SIDA

Le gouvernement du Canada a approuvé un budget annuel de 42,2 millions de dollars pour les différents volets de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Le tableau 1 montre comment ces fonds sont répartis.

À l'exception d'initiatives visant spécifiquement les populations carcérales, qui relèvent du Service correctionnel du Canada (SCC), tous les volets de la Stratégie sont financés par Santé Canada.

En plus des 42,2 millions de dollars accordés dans le cadre de la SCVS, le gouvernement fédéral investit 22,5 millions de dollars dans d'autres initiatives sur le VIH/sida. Le tableau 2 donne l'origine de ces fonds par ministère ou par organisme.

Tableau 1 : Fonds affectés dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida ²

Volets	Fonds affectés
Prévention	3,9 millions \$
Développement communautaire et soutien aux ONG	10,0 millions \$
Soins, traitements et soutien	4,75 millions \$
Recherche	13,15 millions \$
Surveillance	4,3 millions \$
Collaboration internationale	0,3 million \$
Questions juridiques, éthique et droits de la personne	0,7 million \$
Communautés autochtones	2,6 millions \$
Prisons (Service correctionnel du Canada)	0,6 million \$
Consultation, évaluation, suivi et présentation de	1,9 millions \$
Total	42,2 millions \$

Tableau 2 : Fonds supplémentaires du gouvernement fédéral pour le soutien des initiatives sur le VIH/sida ³

Volets	Fonds affectés
Santé Canada (Direction générale des services médicaux)	2,5 millions \$
Service correctionnel du Canada	1,0 million \$
Agence canadienne de développement international	17,0 millions \$
Conseil de recherches médicales du Canada	2,0 millions \$
Total	22,5 millions \$

CHAPITRE 2

Contexte, suivi et rôles de la SCVS

INTRODUCTION

Cette section du rapport donne un aperçu sur :

- certains facteurs contextuels influençant la mise en œuvre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida;
- le modèle logique de suivi de la SCVS, qui résume les activités de mise en œuvre et constitue un guide pour le processus de suivi; et
- les rôles et mandats des différents partenaires travaillant à la mise en œuvre de la Stratégie.

FACTEURS CONTEXTUELS

La SCVS a été élaborée et est mise en œuvre dans le vaste contexte des activités en cours en rapport avec le VIH/sida et des changements touchant les politiques dans ce domaine au Canada et à l'échelle internationale. Certains de ces facteurs contextuels ont eu des répercussions profondes sur l'évolution et le suivi de la Stratégie jusqu'à maintenant.

L'un des facteurs digne de mention est l'incertitude qui a entouré le passage de l'ancienne stratégie fédérale sur le VIH/sida à la nouvelle. Cette ancienne stratégie, la Stratégie nationale sur le sida, a été lancée en 1990 par le gouvernement fédéral; elle comportait deux phases, la deuxième phase s'étant terminée le 31 mars 1998. À mesure que l'on se rapprochait de cette date, l'inquiétude grandissait parmi les groupes concernés, qui se demandaient si le gouvernement fédéral allait continuer de financer les programmes sur le VIH/sida. Plutôt que de se concentrer sur l'exécution de programmes et la prestation de services, les intervenants se sont donc surtout consacrés pendant cette période à plaider pour le financement d'une stratégie repensée et renforcée de lutte contre le VIH/sida.

Ces efforts ont débouché sur le processus de consultation, dont il est fait état au chapitre premier, et sur l'annonce du lancement de la SCVS, le 1^{er} décembre 1997. Cependant, ils ont eu aussi pour effet de retarder la mise en œuvre finale de certaines des activités de la phase II de la précédente Stratégie nationale sur le sida. Ces activités ont donc été reportées dans la SCVS. Par ailleurs, le processus de consultation nationale a conduit à la création d'un certain nombre de nouveaux volets et à l'adoption de nouvelles orientations pour la SCVS, ce qui a amené certains des partenaires à réorienter leurs activités de planification, de développement d'infrastructures et d'exécution de programmes.

La transition, dans une certaine mesure, est à l'origine d'un deuxième facteur contextuel relié à la mise en œuvre de la SCVS - l'évaluation des répercussions de la Stratégie.

Il n'est pas fait état des processus de suivi et d'évaluation dans le présent rapport, puisqu'ils en sont à l'étape d'élaboration. Ce document se limite donc essentiellement à faire le point sur la mise en œuvre des activités de la SCVS, et les informations qu'il fournit sur les *résultats* sont restreintes. Le rapport décrit aussi les résultats « en aval », comme l'incidence, la prévalence, la morbidité et la mortalité du VIH/sida, mais il ne peut présenter que peu d'information sur d'autres indicateurs immédiats des effets de la SCVS. On doit également observer qu'il n'existe pas encore de mécanismes pour synthétiser les résultats des évaluations de projets, volet par volet.

MODÈLE LOGIQUE DU SUIVI DE LA SCVS

Le modèle logique du suivi de la SCVS (voir la figure 1) fait ressortir les principaux volets de la Stratégie qui exigent un suivi permanent. Le modèle :

- résume les principales activités et les effets cumulatifs attendus de chaque volet de la Stratégie;
- fait ressortir les résultats visés (buts de la SCVS) en rapport avec ces activités et leurs effets cumulatifs; et
- identifie les indicateurs de résultats clés.

Certains aspects du modèle logique ont été décidés à l'avance (prédéterminés), plus particulièrement les volets du programme de la SCVS et les résultats visés. Le modèle a été raffiné ensuite à partir des documents décrivant la SCVS (par exemple, *la Stratégie canadienne sur le VIH/sida - Ensemble nous irons plus loin*, et le cadre de responsabilité de la SCVS) et des commentaires et critiques des intervenants.

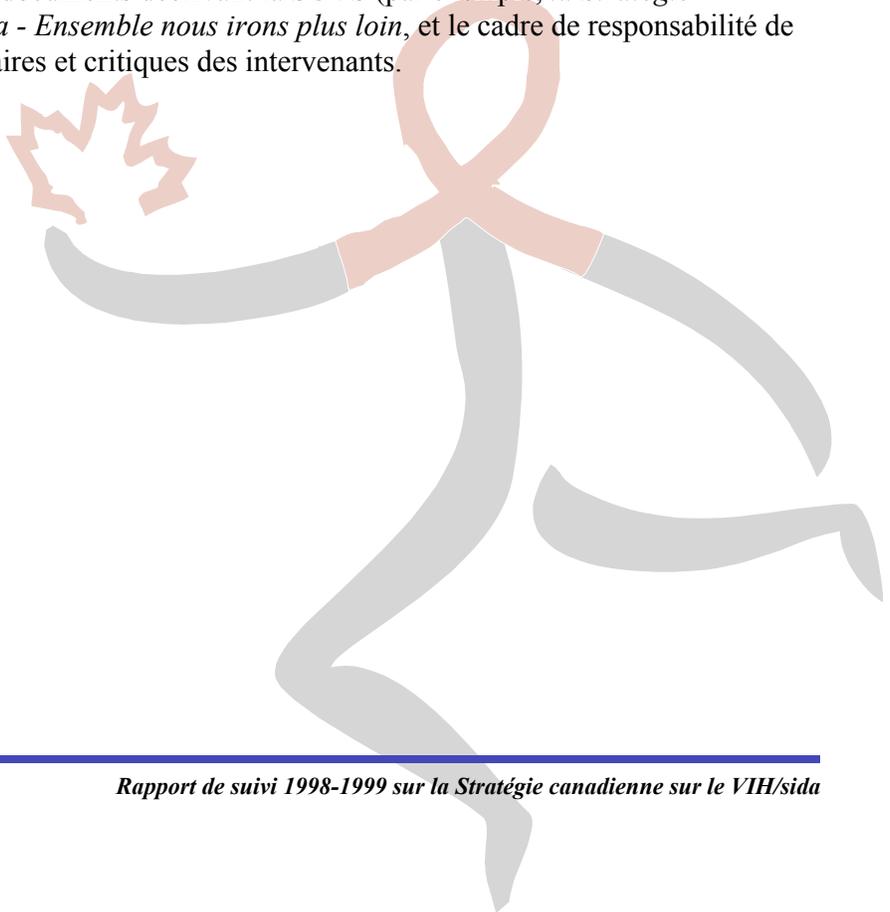
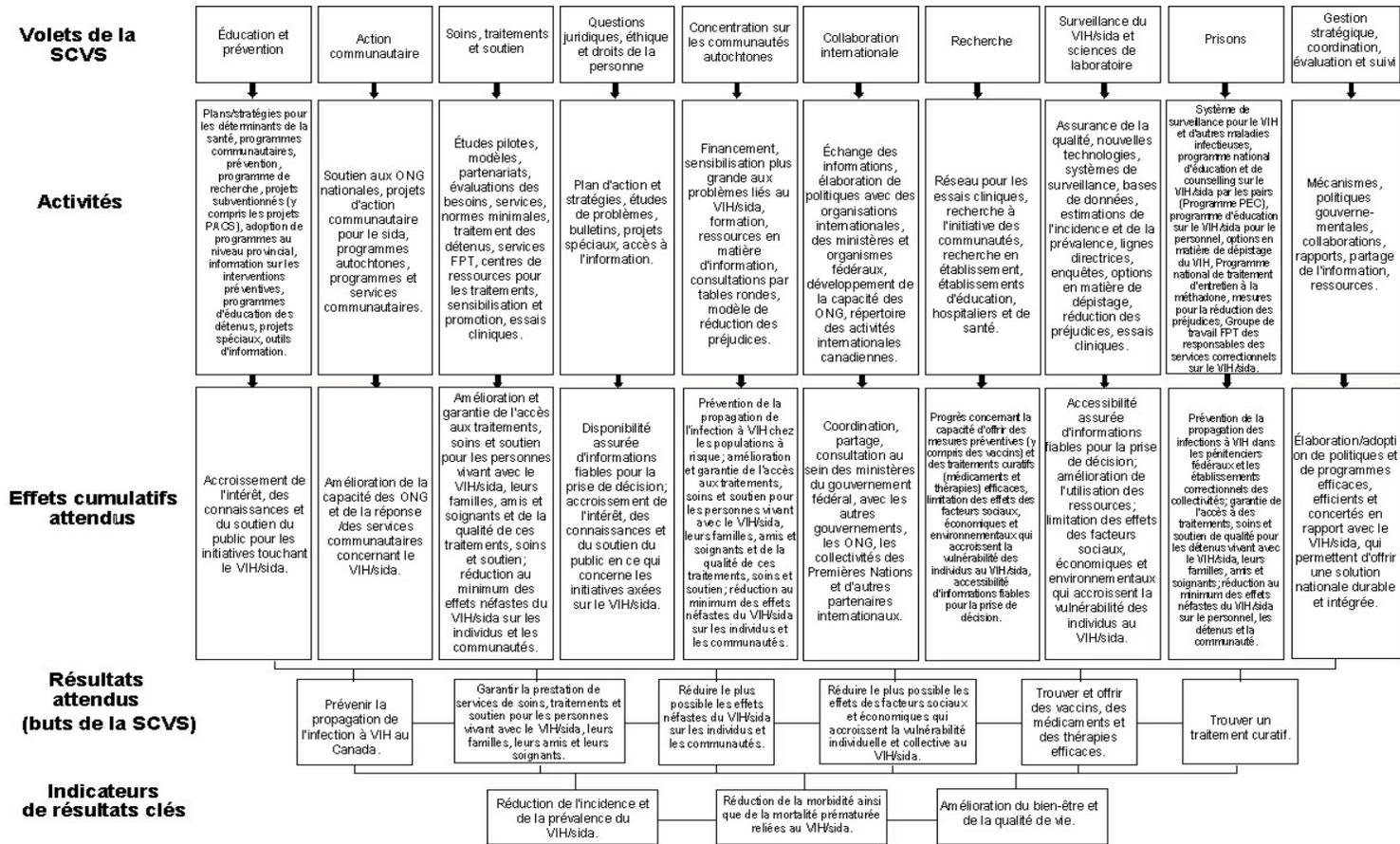


Image 1

MODÈLE LOGIQUE DE SUIVI DE LA SCVS



RÔLES ET MANDATS DES PARTENAIRES DE LA STRATÉGIE

La Stratégie canadienne sur le VIH/sida renforce la collaboration entre les intervenants ci-dessous et leur engagement :

- le gouvernement fédéral;
- les gouvernements provinciaux et territoriaux; et
- les organisations non gouvernementales nationales et d'autres partenaires.

Un réseau de comités a été établi dans le but d'assurer une coordination et une gestion efficaces de la Stratégie et d'appuyer une approche pancanadienne pour faire face aux problèmes posés par le VIH/sida. Ainsi, plusieurs comités et groupes de travail ont été créés pour favoriser l'établissement de liens et de partenariats entre les intervenants principaux. Ces comités incluent le Conseil ministériel sur le VIH/sida, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le VIH/sida, le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des responsables des services correctionnels sur le VIH/sida, le Groupe autochtone national de référence sur le VIH/sida, le Comité interministériel de coordination sur le VIH/sida et le Groupe de travail sur les questions internationales relatives au VIH/sida. De la même façon, l'Équipe inter-directions générales de Santé Canada sur le VIH/sida et le Comité inter-directions générales de Santé Canada sur le VIH/sida et les peuples autochtones supervisent et coordonnent les activités de Santé Canada et du Service correctionnel du Canada, les deux ministères fédéraux participant directement à la mise en œuvre de la SCVS.

Le reste de ce chapitre décrit les rôles et mandats des partenaires nationaux actuels de la SCVS, à partir des informations fournies par chacune des organisations (par exemple, sous la forme de rapports annuels, de brochures et de textes sur les sites Web). Dans l'approche pancanadienne, de nouveaux partenaires peuvent s'intégrer plus tard.

Partenaires du gouvernement fédéral

Santé Canada

Santé Canada est le ministère du gouvernement fédéral chargé d'aider les Canadiens et les Canadiennes à se maintenir en santé ou à améliorer leur santé. Dans le cadre d'un partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, le Ministère assure le leadership national afin d'élaborer une politique de la santé, de renforcer la réglementation dans le domaine de la santé, de promouvoir la prévention de la maladie et une vie saine pour tous les Canadiens et Canadiennes, y compris dans le cas des personnes à risque ou des personnes atteintes du VIH/sida.

Au niveau fédéral, Santé Canada est le moteur de la SCVS et reçoit 98,6 % (41,6 millions de dollars) des fonds affectés annuellement à la Stratégie ⁴. Pendant la première année de la SCVS, les cinq directions générales suivantes du Ministère ont participé à la mise en place de la SCVS (l'organisation des directions générales de Santé Canada a changé le 1^{er} juillet 2000) ^{5, 6} :

- la Direction de la promotion et des programmes de la santé gère cinq des volets de la Stratégie - prévention; action communautaire et soutien aux ONG; soins, traitements et soutien; questions juridiques, éthique et droits de la personne; et consultation, évaluation, suivi et présentation de rapports -; et elle offre, avec d'autres partenaires, le volet communautés autochtones;
- la Direction générale des services médicaux fournit le volet communautés autochtones de la SCVS;
- la Direction générale de la protection de la santé a des responsabilités dans les secteurs de la recherche (intra-muros) et de la surveillance;
- la Direction générale des politiques et de la consultation a la charge du volet collaboration internationale de la SCVS; et
- la Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité est responsable du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), qui finance la recherche extramuros, et de la Division de l'évaluation des programmes du Ministère, qui a la charge du suivi et de l'évaluation de la SCVS.

Ces cinq directions générales fournissent une vaste gamme de programmes centrés sur les buts de la SCVS. Pour offrir leurs programmes, elles travaillent en étroite collaboration avec d'autres ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les autres partenaires nationaux dont il est fait état dans ce chapitre, et des groupes internationaux et locaux.

Service correctionnel du Canada

Le SCC est l'organisme du gouvernement fédéral responsable d'administrer les peines de deux ans ou plus qui sont infligées par la cour. Dans le cadre de son mandat, le SCC fournit des services de soins de santé professionnels à environ 14 000 détenus des pénitenciers fédéraux de tout le Canada, chez lesquels la prévalence de l'infection à VIH est nettement supérieure à la prévalence observée pour l'ensemble de la population.

En matière de santé publique, le SCC a un rôle important à jouer : voir aux problèmes liés au VIH/sida se posant dans le milieu correctionnel. Par ailleurs, fidèle à son mandat législatif d'aider les détenus à réintégrer la communauté sans exposer cette dernière à des risques, le Service a la responsabilité de préparer le retour des personnes séropositives dans la communauté.

Le SCC reçoit 1,2 % (0,6 million de dollars) des fonds annuels affectés à la Stratégie canadienne sur le VIH/sida ^{7, 8, 9}. Son programme national sur le VIH/sida comporte les cinq grands volets suivants :

- prévention et éducation sur le VIH/sida;
- soins, traitements et soutien;
- surveillance;
- questions juridiques, éthique et droits de la personne; et
- coordination et collaboration.

Conseil de recherches médicales du Canada

Le Conseil de recherches médicales du Canada (CRM), en vertu d'un protocole d'entente avec le PNRDS de Santé Canada, reçoit 4,5 millions de dollars des fonds de la SCVS pour le soutien de la recherche extramuros sur le VIH/sida. Le CRM et le PNRDS ont établi un programme conjoint de financement au mérite des projets de recherche, de subventions de fonctionnement et de bourses pour le personnel de recherche pour l'ensemble des travaux sur le VIH/sida ^{10, 11, 12}. Le CRM apporte un complément au financement de la SCVS avec une contribution supplémentaire de 2 millions de dollars par année, prise sur son propre budget, pour soutenir la recherche sur le VIH/sida.

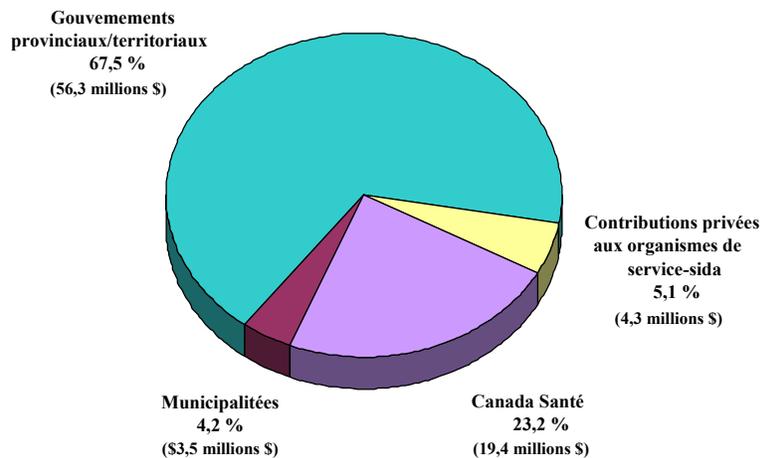
Partenaires des gouvernements provinciaux/territoriaux

En vertu de la Constitution du Canada, les questions relatives aux soins de santé relèvent principalement des gouvernements provinciaux, qui par conséquent jouent un rôle central dans la réponse au problème du VIH/sida. De la même manière, chaque gouvernement territorial administre son propre régime d'assurance-santé (même si le financement est assuré principalement par le gouvernement fédéral). Les programmes provinciaux et territoriaux sur le VIH/sida sont coordonnés avec ceux du gouvernement fédéral par le Comité consultatif FPT sur le VIH/sida ^{13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20}.

Même s'il est extrêmement difficile de quantifier les dépenses de soins de santé liées au VIH/sida, d'après une étude récente, les coûts directs du VIH/sida étaient de l'ordre de 570 millions de dollars l'ensemble du Canada en 1997, et la plupart de ces coûts visaient les traitements ²¹. Il ressort de cette même étude que, dans les fonds consacrés au Canada à l'éducation sur le sida et à la prévention du VIH/sida, la part des gouvernements provinciaux et territoriaux est de 56,3 millions de dollars, ce qui correspond approximativement aux deux-tiers du total (voir la figure 2).

Image 2

Estimation des dépenses totales pour l'éducation et la prévention en matière de VIH/sida, 1996-97



Les stratégies provinciales sur le VIH/sida comprennent :

- des programmes de prévention et d'éducation;
- des services de soins, de traitement et de soutien;
- la surveillance et la déclaration du VIH ;
- des services de laboratoire;
- la promotion de la santé; et
- des cliniques.

Certaines provinces assurent aussi le financement de stratégies et d'activités de développement communautaire et de recherche en rapport avec le VIH/sida dans les populations autochtones.

Organisations non gouvernementales nationales

Réseau canadien autochtone du sida

Le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) est une coalition nationale de populations et d'organisations autochtones, qui joue un rôle de moteur en ce qui concerne les activités de soutien et de défense des intérêts des Autochtones affectés par le VIH/sida, indépendamment de l'endroit où ils résident^{22, 23, 24}. Les objectifs du RCAS sont les suivants :

- offrir un forum national permettant aux membres d'exprimer leurs besoins et inquiétudes au nom des Autochtones affectés par le VIH/sida;
- assurer aux Autochtones affectés par le VIH/sida l'accès aux services dont ils ont besoin; et
- fournir des informations pertinentes, exactes et à jour sur le VIH/sida aux populations autochtones.

Société canadienne du sida

La Société canadienne du sida (SCA) est une coalition nationale de plus de 100 organismes locaux liés au sida, répartis dans tout le Canada ^{25, 26, 27, 28, 29}.

La SCS a pour vocation de rendre plus efficace la réponse au VIH/sida dans tous les secteurs de la société et d'améliorer la vie des personnes et des communautés vivant avec le VIH/sida. Les organisations membres offrent une gamme complète de programmes et de services, et elles représentent toutes les provinces et tous les territoires.

La SCS se fait le porte-parole des personnes et des communautés affectées par le VIH/sida, facilite la création de programmes, de services et de ressources pour les groupes membres, et fournit un cadre national destiné à permettre la participation des communautés à la réponse au sida.

La SCS s'efforce d'accomplir sa mission par :

- la promotion de l'éducation et la sensibilisation;
- la mobilisation des communautés;
- le parrainage au niveau des politiques gouvernementales fédérales; et
- la fourniture d'information et de ressources.

Fondation canadienne pour la recherche sur le sida

La Fondation canadienne pour la recherche sur le sida (FCRS) est un organisme de bienfaisance national qui a été mis sur pied dans le but de sensibiliser l'opinion publique et de recueillir des fonds destinés à la recherche portant sur tous les aspects de l'infection à VIH et du sida ³⁰.

La FCRS subventionne les chercheurs du domaine du sida travaillant dans des établissements canadiens d'enseignement, hospitaliers et de santé, des instituts de recherche et des organismes de services communautaires. C'est le seul organisme du Canada ayant pour

unique but de subventionner la recherche sur l'infection à VIH et sur le sida. La FCRS offre des programmes complémentaires aux programmes de recherche existants, grâce à des fonds supplémentaires pour permettre la poursuite des projets en cours ou leur achèvement. Elle soutient aussi la recherche dans des secteurs insuffisamment subventionnés ou qui ont besoin de financement de démarrage.

Réseau juridique canadien VIH/sida

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a été créé en 1992 dans le but de permettre le progrès en matière d'éducation et de connaissances, relativement aux questions juridiques, éthiques et politiques intéressant le VIH/sida, et de mettre de l'avant des réponses à l'infection à VIH et le sida qui respectent les droits de la personne^{31, 32, 33, 34, 35}. C'est le seul organisme national de bienfaisance du Canada qui travaille au niveau des communautés sur les questions politiques et juridiques soulevées par le VIH/sida.

Le réseau juridique fournit des services aux personnes atteintes du VIH/sida, à celles touchées par la maladie et aux personnes travaillant dans le secteur, en produisant des textes juridiques exacts et à jour sur le VIH/sida et en facilitant leur accès. Les objectifs du Réseau sont :

- promouvoir les réponses au VIH/sida qui appliquent les directives internationales des Nations Unies sur le VIH/sida et les droits de la personne;
- offrir des réponses au problème du VIH/sida qui respectent les droits des personnes atteintes du VIH/sida et de celles touchées par la maladie;
- faciliter le déploiement d'efforts de prévention du VIH;
- faciliter la prestation de soins, de traitements et de soutien aux personnes atteintes du VIH/sida;
- réduire au minimum les répercussions néfastes du VIH/sida sur les personnes et les communautés; et
- prendre en compte les facteurs sociaux et économiques ayant pour effet d'augmenter la vulnérabilité au VIH/sida et créant des situations où les droits de la personne sont bafoués.

Réseau canadien pour les essais VIH

Le Réseau canadien pour les essais VIH est une organisation nationale à but non lucratif créée pour faciliter au Canada les essais cliniques axés sur le VIH/sida^{36, 37, 38}.

Le réseau a été établi pour répondre aux besoins et aux inquiétudes des chercheurs cliniques canadiens, des personnes atteintes du VIH/sida, de l'industrie pharmaceutique, des médecins communautaires, des spécialistes et des laboratoires. Parrainé conjointement par la University of British Columbia et le St. Paul's Hospital de Vancouver, le Réseau comprend

un bureau national à Vancouver, six bureaux régionaux et plus de deux douzaines de sites satellites. Ses objectifs sont les suivants :

- mettre au point des traitements, des vaccins contre l'infection à VIH et le sida, et éventuellement un moyen de guérison, en menant des essais cliniques dans le respect des normes éthiques et scientifiques;
- rechercher l'excellence scientifique et l'intégrité en matière d'éthique dans toutes ses activités; et
- travailler en partenariat avec l'industrie pharmaceutique (à l'intérieur comme à l'extérieur du pays), les personnes atteintes du VIH/sida, les chercheurs et les médecins.

Association canadienne de santé publique

En ce qui a trait à la SCVS, le principal rôle de l'Association canadienne de santé publique (ACSP) est de gérer le Centre canadien de documentation sur le VIH/sida, qui constitue le plus grand centre d'information sur le VIH/sida au Canada^{39, 40, 41}.

Le Centre a le mandat de fournir aux professionnels de la santé, aux écoles, aux organismes communautaires, aux individus et à d'autres groupes, des informations sur les aspects du VIH/sida touchant la prévention, les soins et le soutien aux personnes touchées, et plus particulièrement sur les aspects liés à la prévention du VIH. À cette fin, le Centre :

- collecte, produit et diffuse de l'information sur la prévention du VIH, sur les soins et le soutien aux personnes touchées;
- encourage et appuie les pratiques efficaces de prévention du VIH; et
- facilite l'établissement de réseaux et l'échange d'information.

Comité canadien aviseur sur l'accès aux traitements

Le Comité canadien aviseur sur l'accès aux traitements (CCAAT) est un organisme sans but lucratif se composant principalement de personnes atteintes du VIH/sida qui doivent faire face à des problèmes en rapport avec le traitement du VIH/sida^{42, 43}. Ses objectifs sont les suivants :

- voir à l'élaboration et à la promotion d'une politique sur les thérapies et les traitements pour les personnes atteintes du VIH/sida;
- offrir aux personnes atteintes du VIH/sida un encadrement et des moyens pour l'acquisition de compétences; et
- encourager l'échange d'informations pertinentes sur les traitements du VIH/sida.

Le CCAAT travaille, à la fois au niveau national et au niveau provincial, avec l'industrie pharmaceutique et d'autres intervenants compétents. Le Conseil comprend 20 représentants,

parmi lesquels se trouvent des membres votants de chaque province et territoire et des représentants des principaux organismes qui jouent le rôle de porte-parole pour les personnes vivant avec le sida, les Autochtones, les femmes et les hémophiles. La SCS et le Réseau communautaire d'info-traitements sida sont des membres non votants.

Réseau communautaire d'info-traitements sida

Le Réseau communautaire d'info-traitements sida offre un accès facile à des informations à jour, fiables, complètes et utiles sur le diagnostic et le traitement de l'infection à VIH et les questions connexes, ainsi que sur les progrès réalisés par la recherche clinique dans le domaine de l'infection à VIH^{44, 45, 46}. Il vise principalement les personnes atteintes du VIH/sida et leurs soignants professionnels et non professionnels.

Au Canada, le Réseau participe à la prise en charge clinique de l'infection à VIH en :

- gérant un important centre de documentation sur les traitements, qui réunit des informations sur support papier et sur support électronique;
- en offrant un service de consultation téléphonique (ligne 1-800) bilingue, qui peut être suivi de l'envoi de textes sur support papier ou électronique;
- en offrant des services de recherche documentaire, de rédaction et de publication conduisant à la diffusion d'un nombre important d'outils d'information, notamment des feuillets d'information, des brochures, des bulletins, des mises à jour sur des essais cliniques, des manuels et des livres;
- en tenant à jour un site Web qui donne accès aux publications susmentionnées et aux autres sources d'information sur le traitement offertes via le réseau Internet;
- en diffusant des annonces et d'autres informations par le canal des listes de distribution via Internet;
- en participant aux conférences et aux ateliers centrés sur l'acquisition de compétences et l'information sur les traitements;
- en offrant des services de conseil ainsi que de promotion et de défense des intérêts aux initiatives et organismes des gouvernements, de l'industrie, de la recherche et du niveau local; et
- en menant des activités de sensibilisation et de promotion.

Coalition interagence sida et développement

La Coalition interagence sida et développement (CISD) est un réseau d'organisations axées sur le développement international et d'organismes de services liés au sida, qui mobilise des ressources humaines et financières au Canada en vue d'aider à apporter une réponse à l'épidémie de VIH/sida dans les communautés et les pays manquant de ressources^{47, 48}.

Les objectifs de la CISD sont les suivants :

- conscientiser aux problèmes mondiaux posés par le VIH/sida et faire comprendre le rôle que jouent les Canadiens et Canadiennes dans l'effort mené à travers le monde pour lutter contre l'épidémie de VIH/sida;
- motiver les membres du CISD, et les aider à développer leur capacité de mettre en place des programmes, de les gérer et de les rendre plus efficaces;
- sensibiliser les ONG canadiennes et leurs partenaires aux possibilités de lancer des programmes de lutte contre le VIH/sida à l'échelle mondiale et créer de telles possibilités; et
- créer des possibilités de collaboration entre les ONG canadiennes axées sur le développement international et celles qui sont axées sur le VIH/sida.



CHAPITRE 3

Activités de mise en œuvre de la stratégie

INTRODUCTION

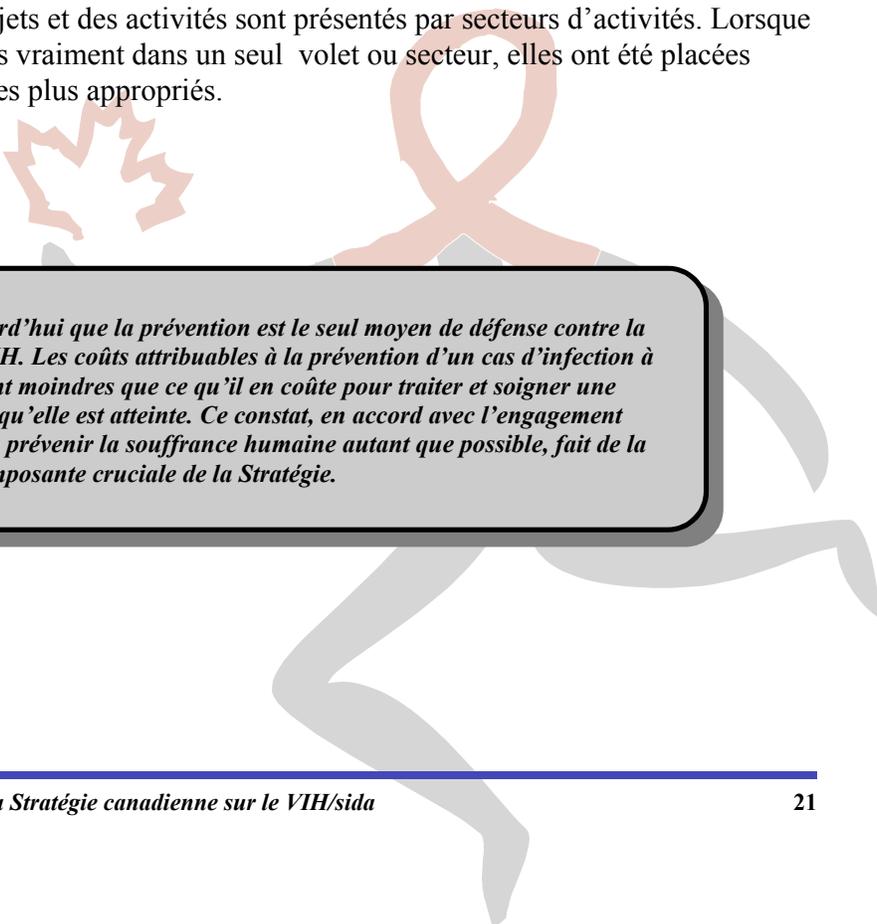
Le présent chapitre décrit des activités sélectionnées de mise en œuvre de la SCVS menées durant l'exercice 1998-1999. Ces activités sont groupées par volet de la Stratégie et incluent une description de la portée du volet, extraite du document *Rapport du Canada sur le VIH/sida 1998 : Des perspectives et de l'espoir à partager*⁴⁹.

Les descriptions d'activités présentées dans ce chapitre ont été élaborées à partir de documents fournis par les Partenaires de la Stratégie, qui comprennent :

- des rapports annuels;
- des sites Web;
- des rapports d'étape;
- des publications;
- des présentations; et
- des rapports de gestion.

Sous chaque volet, des projets et des activités sont présentés par secteurs d'activités. Lorsque des activités ne rentrent pas vraiment dans un seul volet ou secteur, elles ont été placées dans le volet et le secteur les plus appropriés.

PRÉVENTION



Nous savons aujourd'hui que la prévention est le seul moyen de défense contre la transmission du VIH. Les coûts attribuables à la prévention d'un cas d'infection à VIH sont infiniment moindres que ce qu'il en coûte pour traiter et soigner une personne, une fois qu'elle est atteinte. Ce constat, en accord avec l'engagement canadien qui vise à prévenir la souffrance humaine autant que possible, fait de la prévention une composante cruciale de la Stratégie.

Pour le volet Prévention, les activités sont réparties dans les secteurs suivants :

- Collecte et synthèse de l'information;
- Diffusion de l'information;
- Planification stratégique;
- Formation; et
- Approches spécifiques aux populations.

Collecte et synthèse de l'information

Santé Canada a entrepris ou financé un certain nombre d'activités en vue de développer la collecte et la synthèse d'informations nécessaires à l'élaboration de programmes de prévention efficaces^{50, 51, 52, 53}. Ces activités comprennent :

- l'élaboration d'un rapport d'état sur l'éducation axée sur la prévention du VIH dans les systèmes scolaires et de santé publique du Canada;
- une synthèse de la recherche menée sur les déterminants du comportement à risque pour le VIH chez les femmes et les hommes homosexuels;
- une évaluation des besoins en matière de prévention pour les communautés autochtones;
- une évaluation d'un programme d'approche pour les jeunes homosexuels, les jeunes lesbiennes et les jeunes bisexuels; et
- une synthèse de la recherche menée sur la transmission du HIV de la mère à son enfant.

Santé Canada a aussi appuyé une étude de la documentation canadienne sur le rôle des travailleurs masculins de l'industrie du sexe dans la prévention de l'infection à VIH au sein de leur groupe et chez leurs clients^{54, 55}.

La Société canadienne du sida a produit un rapport intitulé *Synopsis of Current Issues in Gay, Bisexual and MSM Prevention Education Research and Program Development*⁵⁶.

Un manuel intitulé *Cheveux rouge vif et bon pain*, a aussi été préparé par la SCS; il porte sur les modèles de programmes sur les jeunes et le VIH/sida au Canada⁵⁷.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida, dans le cadre d'un contrat avec Santé Canada, a produit *Le test de sérodiagnostic du VIH et la grossesse : aspects médicaux et juridiques du débat d'orientation publique*. Le document propose une analyse des problèmes d'ordre médical et juridique pour guider le débat politique sur le dépistage du VIH chez les femmes enceintes⁵⁸.

Diffusion de l'information

Le Centre canadien de documentation sur le VIH/sida a répondu à plus de 25 000 demandes de renseignements et a envoyé plus de 860 000 articles d'information pendant l'année 1998-1999 (voir le tableau 3 ci-dessous pour les détails) ^{59, 60, 61, 62}.

Dans le cadre des campagnes nationales de sensibilisation au sida et de sensibilisation de la jeunesse, la SCS, avec des fonds de Santé Canada et du secteur privé, a préparé des communiqués d'intérêt public, des affiches, des cartes d'événements « rave », des brochures et des guides recensant les ressources offertes. Les documents ont été diffusés auprès du public par le Centre de documentation canadien sur le VIH/sida ^{63, 64, 65, 66}.

Santé Canada a organisé des conférences et ateliers variés en vue d'offrir aux intervenants et autres parties intéressées la possibilité d'échanger des informations et d'avoir des discussions ⁶⁷.

Le Centre canadien de documentation sur le VIH/sida a offert un accès électronique à ses fonds documentaires via son site Web. Il a en outre appuyé un réseau de centres d'information sur le VIH/sida répartis dans tout le Canada et a travaillé avec des centres d'information internationaux sur le VIH/sida ⁶⁸.

Le Centre de documentation a produit des textes sur la prévention, notamment un nouveau bulletin trimestriel (*HIV Prevention Plus*) destiné aux éducateurs en prévention et une feuille de Questions fréquemment posées sur le VIH/sida ainsi que sur les problèmes concernant la prévention.

Planification stratégique

Santé Canada a commencé à établir des plans, des orientations stratégiques et des directives de financement, afin de s'assurer que les activités de prévention de la SCVS répondent aux besoins des groupes les plus à risque à l'égard du VIH/sida ⁶⁹.

Tableau 3 : Documents expédiés par le Centre de documentation canadien sur le VIH/sida

Nombre de demandes et nombre de documents expédiés par mois, pour les années 1997 à 1999						
Mois	1997		1998		1999	
	Nbre de demandes	Nbre d'envois	Nbre de demandes	Nbre d'envois	Nbre de demandes	Nbre d'envois
Janvier	1 355	9 927	1 475	37 937	1 428	32 046
Février	1 653	30 567	1 598	88 913	2 464	55 578

Mars	1 696	28 129	1 647	45 274	1 993	54 546
Avril	1 481	24 729	1 456	39 673	3 012	53 023
Mai	1 750	80 763	1 943	75 283	2689	137 523
Juin	2 059	38 088	1 590	7 733	1 670	133 633
Juillet	7 047	325 599	2 776	79 267	1 819	72 579
Août	1 821	66 476	1 063	17 875	1 356	28 409
Septembre	2 159	123 809	3 434	173 052	1 015	61 296
Octobre	1 902	59 399	4 380	191 455	1 224	36 551
Novembre	1 494	22 747	2 098	70 801	1 468	128 673
Décembre	1 250	36 243	966	36 109	1 187	143 725
TOTAL	25 667	846 476	24 426	863 372	21 325	937 582

Des consultations préliminaires ont été menées par Santé Canada afin de définir un cadre d'action pour les activités de prévention ciblant les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ⁷⁰.

Santé Canada a préparé des directives de financement pour les programmes de prévention du VIH chez les populations autochtones qui vivent en milieu urbain et hors des réserves, en se fondant sur les résultats d'une consultation nationale ⁷¹.

Les coordonnateurs fédéraux, provinciaux et territoriaux pour la prévention du VIH ont tenu régulièrement des réunions dans le but d'échanger de l'information et de s'associer pour mener des activités conjointes en rapport avec certaines questions ^{72, 73, 74}.

Santé Canada a appuyé un forum international multidisciplinaire, la 4^e Conférence internationale sur les répercussions du sida, tenue en juillet 1999 à Ottawa, qui portait sur les questions biopsychosociales en rapport avec le sida ^{75, 76}.

La SCS a lancé un processus visant à définir son rôle de prévention et à amorcer un dialogue à l'échelle nationale sur les questions prioritaires dans le domaine de l'éducation en prévention ⁷⁷.

La SCS a aussi organisé une série de tables rondes dans le but d'examiner les tendances au chapitre de la prévention du VIH et de discuter des stratégies en matière de prévention ^{78, 79, 80, 81, 82}.

Santé Canada a mené une enquête auprès d'un groupe choisi d'organisations professionnelles, dans le but de déterminer les besoins actuels en matière d'activités de prévention et d'information ⁸³.

La SCS a conseillé la Fédération pour le planning des naissances du Canada au sujet d'un projet visant à évaluer les activités reliées au VIH/sida de 11 de ses organismes affiliés. Des évaluations de compétences et des besoins ont été faites pour les membres affiliés ⁸⁴.

Santé Canada a continué de soutenir un groupe de travail fédéral-provincial-territorial chargé des questions liées à la transmission du VIH de la mère à son enfant ^{85, 86, 87}.

Un programme d'intervention de prévention évalué par des médecins et s'adressant aux femmes qui cherchent des conseils périnataux a été mis en place à l'échelle nationale par Santé Canada ^{88, 89}.

Des intervenants ont participé à un certain nombre de comités de coordination nationaux sur la prévention, comme : le Comité consultatif sur le Projet national « Sain et sauf »; le Comité du Programme national pour le guide de référence des meilleures pratiques sur la sexualité de la Fédération pour le planning des naissances du Canada; le Comité pour la semaine nationale de sensibilisation au sida; le Comité des partenaires du programme national pour le Symposium canadien sur le perfectionnement des compétences dans le domaine du VIH/sida; et le Comité des partenaires du programme national pour la Conférence nationale des femmes sur le VIH/sida.

Formation

La SCS a organisé le 2^e Symposium canadien sur le perfectionnement des compétences dans le domaine du VIH/sida, qui s'est tenu en novembre 1999 et a offert 100 ateliers pour 800 participants ⁹⁰.

Santé Canada a formé un comité consultatif national pour examiner les documents sur le VIH, la violence sexuelle et les femmes. Parmi les documents préparés, notons *Le VIH et la violence sexuelle envers les femmes*, un guide pour les conseillères qui travaillent avec des survivantes de violence sexuelle ⁹¹.

Santé Canada a collaboré avec les écoles canadiennes de service social pour établir un programme sur le VIH et la violence sexuelle ⁹².

La SCS a produit et diffusé la troisième édition du document intitulé *La transmission du VIH : Guide de réduction du risque*.

Approches spécifiques à la population

Santé Canada a subventionné plusieurs projets visant des populations à risque précises, comme ceux décrits ci-dessous.

Jeunes

- La *Youth Community Outreach AIDS Society* (YouthCO) a mis en place un programme d'éducation par les pairs ⁹³.
- Les jeunes utilisateurs de drogues injectables du Québec vivant dans la rue ont été ciblés par un projet de prévention géré par Le Centre d'action communautaire auprès des toxicomanes utilisateurs de seringues (CACTUS) ⁹⁴.
- Les jeunes utilisateurs de drogues injectables de Guelph, en Ontario, ont été rejoints par un projet d'approche par les pairs, dans la rue et les bars ⁹⁵.
- La Campagne du printemps auprès des jeunes de la SCS a utilisé une brochure sur le VIH/sida et la sexualité à risques réduits, une affiche et des cartes d'événements « rave » (tous distribués par le Centre de documentation canadien sur le VIH/sida). Des feuillets d'information ont aussi été préparés sur : les jeunes et le VIH/sida; les jeunes femmes et le VIH/sida; les jeunes hommes homosexuels et le VIH/sida; et les jeunes, l'utilisation d'intoxicants et le VIH/sida ⁹⁶.

Les communautés ethno-culturelles

- Les Services de lutte contre le sida pour la communauté asiatique de Toronto se sont intéressés à des problèmes comme le manque de services juridiques adaptés culturellement et linguistiquement, le manque de connaissances et de sensibilisation des membres des communautés asiatiques, l'offre de services de santé adaptés culturellement, la discrimination et les questions touchant les gais et les lesbiennes ⁹⁷.
- Des programmes d'approche sur le VIH/sida adaptés culturellement et linguistiquement ont été élaborés et mis en œuvre pour la communauté asiatique à Vancouver ⁹⁸.

Les femmes

- Des préposé(e)s aux services de soutien ont reçu une formation en ce qui concerne le VIH et les agressions sexuelles ^{99, 100, 101}.
- La SCS, le CCAAT, le RCAS et le RCIS (CATIE) ont co-parrainé une conférence nationale sur les femmes et le VIH/sida ^{102, 103, 104}.
- Une campagne visant les communautés à haut risque, y compris les femmes, a été ajoutée à la Campagne nationale de sensibilisation au sida de la SCS ¹⁰⁵.

ACTION COMMUNAUTAIRE

Le développement communautaire est la clé de voûte d'une action efficace en matière de VIH/sida. C'est, dans une large mesure, grâce à des associations de bénévoles et des groupes communautaires sans but lucratif que l'on a pu limiter jusqu'à présent la propagation du VIH tout en offrant des soins et du soutien aux personnes infectées.

Pour le volet Action communautaire de la SCVS, les activités sont réparties dans les secteurs suivants :

- Catégories de financement;
- Directives de financement;
- Coordination;
- Partenariats;
- Projets et services;
- Évaluation;
- Formation;
- Défense des intérêts; et
- Catégories de financement.

Santé Canada a octroyé des fonds pour leurs budgets de fonctionnement aux cinq organisations non gouvernementales nationales s'intéressant au VIH/sida : la Société canadienne du sida, le Réseau juridique canadien VIH/sida, le Comité canadien aviseur sur l'accès aux traitements, le Réseau canadien autochtone du sida et la Coalition interagence sida et développement. Des fonds de fonctionnement ont aussi été accordés au Centre canadien de documentation sur le VIH/sida et au Réseau communautaire d'info-traitements sida.

Le Programme d'action communautaire sur le sida (PACS) de Santé Canada a octroyé des fonds à la fois pour le fonctionnement et le financement de projets reliés à plus de 130 initiatives locales sur le VIH/sida menées par des organisations non gouvernementales. Les projets avaient pour but : la création d'un climat d'entraide; la promotion de la santé auprès des personnes atteintes du VIH/sida; la prévention; et le renforcement des organisations communautaires. Une liste des organisations et des initiatives subventionnées par le PACS est donnée à l'annexe 2. Certains exemples d'initiatives soutenues par le PACS ont aussi été inclus dans les sections des volets pertinents du présent document.

Directives de financement

En s'appuyant sur des consultations régionales et nationales, Santé Canada a élaboré de nouvelles directives de financement par le PACS pour les projets régionaux, le financement de fonctionnement régional et les projets nationaux. Les consultations recommandaient que les organisations non locales continuent d'être admissibles à des subventions pour des projets à la fois au niveau régional et au niveau national ^{106, 107}.

Coordination

Santé Canada a organisé des réunions régulières entre les consultants du PACS qui travaillent, aux niveaux régional et national, à l'élaboration d'une réponse concertée du PACS aux questions soulevées par le VIH/sida ¹⁰⁸.

La Société canadienne du sida a demandé aux groupes membres et aux partenaires de tenir les communautés informées au sujet des questions soulevées par le VIH/sida et au sujet de la mise en œuvre de la SCVS ^{109, 110}.

Partenariats

L'organisation régionale du PACS en Alberta, en collaboration avec des partenaires provinciaux, fédéraux et locaux, a élaboré et mis en œuvre un modèle concerté pour le financement des activités axées sur le VIH, le *Alberta Community HIV Fund*. Ce modèle utilise une approche axée sur la santé de la population et délègue la responsabilité de l'administration des fonds à une organisation locale ^{111, 112}.

En Nouvelle-Écosse, l'organisation régionale du PACS a soutenu la Coalition de lutte contre le sida de Nouvelle-Écosse pour l'élaboration d'un programme provincial intégré de bénévoles et pour les activités de renforcement des partenariats avec les organisations clés ayant pour vocation d'apporter des solutions aux problèmes posés par le VIH/sida ¹¹³.

Au Québec, le COCQ-sida s'est engagé dans un processus de trois ans comprenant l'élaboration d'un plan stratégique pour les organisations et la diffusion d'information, le but étant d'encourager l'action communautaire contre le VIH/sida ¹¹⁴.

En Ontario, l'organisation régionale du PACS a soutenu les efforts déployés par le *AIDS Resource Network* de Peterborough pour créer des coalitions dans le but de surmonter les problèmes posés par la vulnérabilité au VIH ¹¹⁵.

Au Manitoba, quatre organisations locales de lutte contre le sida, en collaboration avec des partenaires fédéraux, provinciaux et locaux, ont élaboré une réponse concertée aux problèmes soulevés par le VIH/sida dans la province, qui se fonde sur l'élargissement des partenariats. Le *Nine Circles Community Health Centre* a été créé pour recevoir les quatre organisations et la clinique de traitement des MTS de l'autorité sanitaire régionale de Winnipeg.

Projets et services

Les organisations régionales du PACS ont appuyé des initiatives visant des populations vulnérables au VIH, notamment le *Street Health HIV/AIDS Prevention Project* à Toronto, dont le but est de répondre aux besoins des sans-abri en matière de prévention du VIH ¹¹⁶.

L'organisation nationale du PACS a apporté son soutien pour l'adaptation d'une bande dessinée produite à Québec et pour sa diffusion ultérieure dans les autres régions du Canada. Cette bande dessinée vise à éduquer les jeunes sur le VIH, l'homophobie et l'utilisation de drogues ¹¹⁷.

À Winnipeg, un projet appelé *Breaking Down Barriers* (Faire tomber les obstacles) a été mis sur pied. Il a animé un module de formation portant sur l'homophobie et destiné aux professionnels des services sociaux. L'objectif était de mieux sensibiliser ces professionnels à l'homophobie et à l'hétérosexisme, sous le rapport de la santé, et de les amener à revoir leurs pratiques quand ils travaillent avec des personnes atteintes du VIH/sida, des hommes gais, des bisexuels et des lesbiennes ¹¹⁸.

Évaluation

Au niveau régional, le PACS a travaillé avec des projets communautaires en cours et de durée limitée, dans le but d'améliorer les évaluations des projets et des programmes ¹¹⁹.

Formation

Le *Ontario AIDS Network* a reçu du PACS des fonds destinés à financer la formation et l'évaluation des compétences pour des organismes communautaires de services aux personnes touchées par le sida ^{120, 121}.

Des organisations régionales du PACS ont subventionné des coalitions provinciales pour la mise sur pied d'ateliers axés sur l'acquisition de compétences pour les groupes membres ^{122, 123}.

Défense des intérêts

La SCS, au nom de ses membres, a exprimé certaines de ses inquiétudes à Santé Canada en ce qui concerne le PACS ^{124, 125}. Des consultations ont été menées auprès des communautés dans le but d'apporter des réponses aux deux questions suivantes :

- Le financement des projets locaux, axé auparavant presque exclusivement sur le soutien de l'action communautaire contre le sida, se trouve maintenant plus largement réparti, ce qui augmente la pression exercée sur les services existants.
- Les organismes communautaires estiment que des améliorations doivent être apportées au processus d'examen par les pairs auxquelles sont soumises les demandes présentées au PACS.
- Santé Canada et la SCS ont amorcé des discussions sur l'avenir du PACS, reconnaissant ainsi que l'engagement des intervenants communautaires est essentiel pour articuler et définir clairement les éléments nécessaires pour assurer le succès du Programme ¹²⁶.

SOINS, TRAITEMENTS ET SOUTIEN

L'aptitude des individus et des collectivités à pouvoir réagir au VIH dans le cadre du continuum des soins dispensés doit être renforcée. Étant donné la complexité croissante de l'épidémie, traiter les malades et soutenir leurs soignants pose un défi de taille. De plus en plus de personnes atteintes vivent parmi les groupes sociaux, économiques et culturels marginaux et ont plus difficilement accès aux services dont elles ont besoin pour lutter contre le VIH.

Pour le volet Soins, traitements et soutien, les activités sont réparties dans les secteurs suivants :

- Formation des soignants;
- Diffusion de l'information;
- Évaluation des besoins à partir des tendances nouvelles;
- Modalités des soins;
- Modalités de traitement;
- Modalités du soutien;
- Processus d'évaluation des médicaments et système de surveillance après l'approbation; et
- Populations spécifiques.

Formation des soignants

Santé Canada a soutenu des programmes de formation et de mentorat visant à aider les professionnels de la santé et les aidants non professionnels à offrir des soins, des traitements et du soutien aux personnes touchées par le VIH/sida ¹²⁷.

L'Association canadienne des travailleurs sociaux et la Société canadienne de psychologie ont mis sur pied des modules de formation sur les soins psychosociaux, la santé mentale et les personnes atteintes du VIH/sida ^{128, 129}.

Un modèle de mentorat pour les infirmières et les infirmiers travaillant avec des patients atteints du VIH/sida a été élaboré dans le cadre d'un partenariat entre l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada ¹³⁰.

Santé Canada et l'Association canadienne des soins et services communautaires ont élaboré le huitième module du Guide complet des soins aux personnes atteintes d'une infection à VIH, qui met l'accent sur les soins à domicile dispensés aux malades du VIH/sida par les familles et les aidants non professionnels ^{131, 132}.

La SCS a élaboré un projet ayant pour but de mener des recherches supplémentaires sur les soignants. Le projet sera mis en œuvre pendant l'exercice 1999-2000 ¹³³.

Diffusion de l'information

Le Réseau communautaire d'info-traitements sida (CATIE) a organisé un atelier pour examiner les façons de faciliter la communication et les échanges d'information entre les organisations concernées par les questions en rapport avec les traitements, au niveau national et au niveau local. Plusieurs groupes de travail - comprenant des représentants du Réseau communautaire (CATIE), de la SCS, du CCAAT et d'autres organisations -, ont été mis sur pied et chargés de questions comme l'établissement d'un forum électronique pour les intervenants en matière de thérapie ^{134, 135, 136}.

Le Réseau communautaire (CATIE) a recueilli des informations sur des aspects relatifs au traitement du VIH, en dépouillant les publications de recherche ou en consultant des experts et des personnes atteintes du VIH/sida. Ces informations ont ensuite été organisées, analysées et reproduites pour être diffusées à des publics divers. Le Réseau communautaire (CATIE) a aussi mis sur pied des ateliers et des séminaires d'information, et lancé d'autres initiatives de services d'approche ^{137, 138}.

Le Comité canadien aviseur sur l'accès aux traitements a mis au point un plan pour augmenter le nombre de ses membres aux niveaux régional, provincial, territorial et local ^{139, 140, 141}.

Évaluations des besoins en fonction des tendances nouvelles

Une étude nationale menée par Le Collège des médecins de famille du Canada sur les soins aux personnes infectées par le VIH a permis de dégager les tendances, les changements et les nouveaux enjeux. L'étude a aussi examiné les expériences des soignants en ce qui concerne l'utilisation de médicaments antirétroviraux et l'évolution des infections reliées au VIH ^{142, 143}.

Santé Canada a subventionné une évaluation des besoins spéciaux des détenus des établissements correctionnels qui meurent de maladies reliées au sida et d'autres maladies terminales ¹⁴⁴.

Modalités des soins

La SCS a terminé un projet de recherche sur les modalités des soins, en collaboration avec l'Association canadienne des soins et services communautaires. Un nouveau projet de recherche soumis par la SCS a été approuvé par le PNRDS pour l'exercice 1999-2000 ^{145, 146}.

Le *Comité pour l'éducation sur le VIH*, de l'Association canadienne des soins palliatifs, a supervisé un projet portant sur l'utilisation d'intoxicants, sur le VIH et sur les questions entourant les soins aux mourants ou soins palliatifs ^{147, 148}.

La SCS a produit un énoncé de principe sur l'euthanasie et l'aide au suicide ¹⁴⁹.

Modalités de traitement

Une conférence nationale sur la prophylaxie post-exposition dans un contexte non professionnel a été organisée par le Comité consultatif fédéral-provincia-territorial sur le VIH/sida ^{150, 151}.

La SCS a commencé l'élaboration d'un atelier national sur les thérapies complémentaires ¹⁵².

Le CCAAT a donné des ateliers sur l'acquisition de compétences en matière de d'intervention thérapeutique au 2^e Symposium canadien sur le perfectionnement des compétences dans le domaine du VIH/sida et à la conférence de l'Association canadienne de recherche sur le VIH/sida (CAHR) ¹⁵³.

Le CCAAT a organisé des discussions avec les sociétés pharmaceutiques au sujet de la possibilité d'élaborer conjointement un modèle qui offrirait, à des fins de soutien et pour des motifs humanitaires, un accès élargi à plus d'un médicament à la fois en cours de mise au point. Le CCAAT a aussi préparé un énoncé de principe sur la question de l'accès élargi à des médicaments pour des motifs humanitaires ¹⁵⁴.

Le CCAAT a commencé à mettre sur pied un système de Réseaux aviseurs provinciaux sur l'accès aux traitements. Dans cette perspective, une réunion des représentants provinciaux a été organisée pour préparer un mandat pour de tels réseaux. Le CCAAT s'est engagé à fournir les fonds de démarrage pour la planification et l'organisation de réseaux là où il n'existe pas actuellement, et à soutenir le réseau qui existe déjà au Québec ¹⁵⁵.

La SCS a préparé un guide sur l'accès aux traitements, à partir d'informations recueillies à l'occasion d'entrevues avec des travailleurs de première ligne dont les clients (des personnes atteintes du VIH/sida) avaient eu des problèmes d'accès aux traitements ¹⁵⁶.

Modalités du soutien

La SCS a produit une brochure conçue pour aider les personnes atteintes du VIH/sida à gérer leurs prestations d'assurance et à comprendre les questions concernant les prestations d'assurance-santé, d'assurance-invalidité et d'assurance-vie. Les organismes communautaires de services pour le sida, les conseillers en prestations, les représentants de sociétés pharmaceutiques, les agents d'assurance et les médecins de premier recours en ont reçu des exemplaires ¹⁵⁷.

La SCS a évalué les recommandations du rapport final du projet de participation à la vie active, intitulé *Forces du changement* et leur a donné des priorités. Le rapport recommandait que la SCS crée des partenariats dans ce secteur, encourage et recense les programmes dans le milieu de travail, et subventionne davantage la production de documents de recherche et de travail ¹⁵⁸.

Dans le cadre de la 9^e Conférence canadienne sur la politique sociale, le Conseil canadien de développement social a organisé un atelier sur les facteurs associés à la participation à la vie active chez les personnes atteintes du VIH/sida. L'atelier a utilisé des informations tirées du projet de participation à la vie active de la SCS ¹⁵⁹.

Le personnel de la SCS a participé à des consultations sur une stratégie fédérale en matière d'invalidité, qui soulignera le rôle futur du gouvernement fédéral (à l'endroit des provinces et des territoires) dans ce domaine. Au nombre des préoccupations exprimées par la SCS figuraient la nécessité de prévoir des niveaux suffisants de soutien du revenu, la transférabilité des prestations d'invalidité (comme la couverture pour les médicaments) et la nécessité de créer un régime mieux coordonné pour les cas d'invalidité ¹⁶⁰.

Processus d'évaluation des médicaments et système de surveillance post-approbation

Un rapport intitulé *Timeliness and Transparency: Assessment of the Review and Post Approval Surveillance Process for HIV Drugs* a été publié par la SCS, le Réseau communautaire d'info-traitements sida (CATIE) et le CCAAT. Le rapport examine les questions liées au processus d'évaluation des médicaments du point de vue des personnes atteintes du VIH/sida et des organismes locaux de lutte contre le sida. Il fait des recommandations sur la manière de modifier le processus d'évaluation des médicaments au Canada et suggère de créer un système intégré de surveillance post-approbation fondé sur les consommateurs ^{161, 162, 163}.

Le CCAAT et d'autres intervenants ont prôné la modification du processus de réglementation des médicaments, notamment par la participation à des interventions publiques (pétitions et démonstrations à la XII^e Conférence internationale sur le sida de Genève, en Suisse) et par la rédaction de lettres ^{164, 165}.

À l'occasion d'une réunion qu'elle a organisée en août 1998, la Direction générale de la protection de la santé de Santé Canada (DGPS) a invité les intervenants à faire part de leurs préoccupations et de leurs commentaires au sujet du processus d'évaluation des médicaments. La SCS, le CCAAT, le Réseau communautaire d'info-traitements sida (CATIE) et d'autres organisations participaient à la réunion ^{166, 167, 168}.

Le CCAAT et la SCS ont participé à un groupe de travail chargé par la DGPS de formuler des recommandations sur cette question.

Le CCAAT a rencontré des intervenants (p. ex., sociétés pharmaceutiques, pharmaciens et médecins) pour élaborer une étude pilote permettant d'évaluer des méthodes fondées sur le consommateur et utilisées pour recueillir de l'information sur les effets des médicaments, après leur approbation. Par la suite, le CCAAT a amorcé une collaboration avec l'Initiative de recherche communautaire de Toronto, en vue de mettre au point le protocole de l'étude pilote ^{169, 170}.

Soutenu par la SCS, le CCAAT a élaboré une stratégie de travail en collaboration avec le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), qui évalue les prix des médicaments brevetés au Canada. Le CCAAT ayant formulé une contestation, le Conseil a rendu une décision non exécutoire selon laquelle le prix d'un médicament était considéré excessif (le Conseil ne peut arrêter une décision finale tant qu'un brevet n'a pas été accordé).

Populations spécifiques

Le *Calgary Urban Aboriginal Outreach Project* a établi des liens avec d'autres services, à la fois autochtones et non autochtones, dans le but d'améliorer l'accès aux services de soins et de soutien pour les Premières nations, les Inuits et les Métis ^{171, 172}.

Le Groupe de travail canadien sur le VIH et la réadaptation a élaboré des directives pour les politiques sur les services de réadaptation et le retour au travail des personnes atteintes du VIH/sida ^{173, 174, 175}.

Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le VIH/sida a évalué les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action national sur le VIH/sida et l'usage de drogues injectables ¹⁷⁶.

QUESTIONS JURIDIQUES, ÉTHIQUE ET DROITS DE LA PERSONNE

Peur, stigmatisation et discrimination : hélas, le VIH/sida suscite toujours ces réactions au Canada et partout dans le monde. L'une des composantes clés de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida est l'étude des questions juridiques et éthiques et de droits de la personne, la protection et la valorisation des droits des personnes qui sont atteintes, directement ou indirectement, par le VIH/sida.

Dans le volet Questions juridiques, éthique et droits de la personne, les activités sont réparties dans les secteurs suivants :

- Nouveau volet de la SCVS;
- Planification stratégique;
- Recherche et analyse;
- Diffusion d'information;
- Élaboration de politiques / défense des intérêts;
- Études de cas; et
- Partenariats.

Nouveau volet de la SCVS

Les questions juridiques, l'éthique et les droits de la personne forment un volet distinct de la nouvelle Stratégie canadienne sur le VIH/sida ^{177, 178, 179, 180, 181, 182, 183.}

Planification stratégique

Le Réseau juridique canadien sur le VIH/sida a élaboré un plan stratégique pour le volet Questions juridiques, éthique et droits de la personne, d'après les résultats de consultations nationales qui ont compris plus de 70 réunions et auxquelles ont participé 60 organisations réparties dans tout le Canada. Le plan est décrit dans le document du Réseau juridique, *Legal Ethical and Human Rights Issues Raised by HIV/AIDS: Where Do We Go From Here? Planning for 1998-2003* ^{184, 185.}

Recherche et analyse

Le réseau juridique canadien sur le VIH/sida a produit trois rapports ayant pour objet d'aider à ce que, sur les plans politique et juridique, les réponses au VIH/sida :

- respectent les droits des personnes atteintes du VIH/sida;
- encouragent les efforts en matière de prévention du VIH; et
- incitent à offrir des soins, des traitements et du soutien adaptés aux personnes atteintes du VIH/sida ^{186, 187.}

Le Réseau juridique a organisé un atelier national sur les répercussions de la décision rendue dans l'affaire *R. c. Cuerrier*, qui a invoqué les dispositions sur l'agression du *Code criminel* pour criminaliser la non-divulgaration de l'état séropositif (voir les études de cas ci-dessous). Le Réseau a aussi produit des rapports et diffusé des feuillets d'information^{188, 189}.

Diffusion d'information

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a continué de diffuser de l'information concernant les questions soulevées par le VIH/sida sur les plans juridique, éthique et des droits de la personne. Par exemple :

- trois documents de travail ont été produits pendant l'année 1998-1999 : *La discrimination, le VIH/sida et les Autochtones; Problèmes de partage de service et de financement; et Le test de sérodiagnostic et la confidentialité : questions concernant la communauté autochtone*. Des feuillets d'information ont également été publiés sur différentes questions examinées dans ces documents de travail^{190, 191, 192}.

Le Réseau juridique a publié des articles sur le VIH/sida dans les prisons dans le *Bulletin canadien VIH/sida et droit* et présenté des communications à la XII^e Conférence internationale sur le sida, à Genève.

En collaboration avec la SCS, le Réseau juridique a produit des feuillets d'information sur des thèmes comme : Questions juridiques touchant les gais et les lesbiennes et VIH/sida; Dépistage du VIH et confidentialité; et Le VIH/sida dans les prisons.

L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques est un rapport de 116 pages contenant 66 recommandations, qui a été publié par le Réseau juridique. Une quantité de documents de fond ont aussi été publiés, de même qu'une série de feuillets d'information sur des questions juridiques, éthiques et politiques soulevées par l'utilisation de drogues injectables et le VIH/sida¹⁹³.

Un feuillet d'information sur les conséquences des politiques en matière d'immigration pour les personnes atteintes du VIH/sida a été produit et diffusé par la SCS^{194, 195}.

Un sommaire du livret *Pays où l'autorisation de séjour est assujettie à des restrictions liées au VIH* a été distribué aux membres de la SCS, avec un bon de commande. Produit par le *Programme de médecine des voyages* de Santé Canada, le livret décrit les restrictions imposées aux personnes atteintes du VIH/sida qui veulent voyager à l'extérieur du Canada^{196, 197}.

Élaboration de politiques et défense des intérêts

Des représentants de la SCS et de Citoyenneté et Immigration Canada se sont rencontrés pour examiner la politique du Canada sur le VIH/sida et l'immigration, et discuter de changements qui pourraient lui être apportés^{198, 199}.

À la fois la SCS et le Réseau juridique ont adressé à Citoyenneté et Immigration Canada, sous forme écrite, des commentaires sur les modifications proposées pour la *Loi sur l'immigration*, qui avait de sérieuses conséquences pour les personnes atteintes du VIH/sida qui projettent d'immigrer au Canada^{200, 201}.

Études de cas

R. v. Cuerrier : Dans l'affaire Cuerrier, la Cour suprême du Canada a décidé qu'une personne vivant avec le VIH/sida peut être déclarée coupable d'agression si elle a une relation sexuelle non protégée sans faire savoir qu'elle est séropositive à son partenaire. Le Réseau juridique canadien sur le VIH/sida a produit un document de travail et a organisé des réunions dans les communautés pour y discuter de la décision prise par la Cour suprême contre Cuerrier et de ses conséquences pour les personnes vivant avec le VIH, les travailleurs de la santé et les travailleurs des organismes de services pour le sida^{202, 203}.

Little Sisters Bookstore. La SCS a été entendue par la Cour suprême du Canada en qualité d'intervenant dans cette affaire. Essentiellement, il s'agit d'une affaire où Douanes Canada a saisi à la frontière des documents sur le VIH/sida contenant des descriptions sexuellement explicites.

La Cour suprême du Canada a également accordé la qualité d'intervenant à la SCS dans l'affaire Latimer, qui concerne l'euthanasie et l'aide au suicide.

Partenariats

Un partenariat a été formé entre le Réseau juridique canadien sur le VIH/sida et le Réseau canadien autochtone du sida, dans le but de mener à terme le travail entrepris sur les questions juridiques que pose le VIH/sida chez les populations autochtones^{204, 205, 206}.

Le Réseau juridique a aussi préparé une entente de partenariat avec le Projet *AIDS Law* de l'Afrique du Sud, ainsi qu'une proposition pour des activités précises²⁰⁷.

CONCENTRATION DES EFFORTS SUR LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Depuis 1984, le nombre de cas de sida rapportés est en hausse constante au sein des nations autochtones du Canada. Même si les hommes autochtones ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes représentent encore un pourcentage élevé des cas d'infection à VIH recensés chez les Autochtones, le taux d'infection augmente rapidement chez les utilisateurs de drogues injectables et les femmes, suivis du groupe des moins de 30 ans. Comme pour toutes les populations menacées par l'infection à VIH, la connaissance est la clé de la prévention et du traitement efficace. Les Autochtones se sont penchés sur ces points. Des fonds ont été consentis à des initiatives de prévention, de soins, de traitement et de soutien à l'intention des Autochtones qui vivent dans des réserves et en milieu urbain et des Inuits, l'accent étant mis sur les activités susceptibles d'accroître la capacité des communautés autochtones à faire face aux problèmes posés par le VIH/sida.

Pour le volet Concentration des efforts sur les communautés autochtones, les activités sont réparties dans les secteurs suivants :

- Nouveau volet de la SCVS;
- Surveillance;
- Développement communautaire;
- Questions juridiques;
- Coordination et collaboration des secteurs de compétence, des programmes et des organisations;
- Recherche; et
- Questions spéciales.

(Les activités concernant les programmes liés au VIH/sida sont aussi réparties dans plusieurs autres volets du programme.)

Nouveau volet de la SCVS

Il s'agit de l'un des trois nouveaux volets de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida (c.-à-d. que ce volet n'existait pas en tant qu'élément distinct dans l'ancienne Stratégie nationale sur le sida. Il complète le Programme de santé des Premières Nations et des Inuits de la Direction générale des services médicaux (DGSM) de Santé Canada. Au sein de la DGSM, le Groupe de consultation sur le VIH/sida a élaboré un plan opérationnel qui met en relief les activités clés ^{208, 209, 210}.

Surveillance

La Direction générale de la protection de la santé de Santé Canada a poursuivi ses activités de surveillance de l'épidémie de VIH chez les Autochtones du Canada. Plusieurs facteurs rendent cette tâche difficile, notamment : la sous-déclaration de l'ethnie; les retards dans la déclaration de l'état relatif au VIH/sida; les fréquents changements de lieu de résidence; et l'inquiétude au sujet de la confidentialité^{211, 212}.

Le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada (LCDC) a recueilli, analysé, synthétisé et diffusé des données sur les comportements à risque et le dépistage du VIH/sida chez les sous-populations autochtones. S'appuyant sur ces données, les communautés autochtones et les responsables de la santé publique ont affecté des ressources supplémentaires aux programmes de prévention à l'intention des utilisateurs de drogues injectables et des femmes²¹³.

Le Groupe de travail autochtone sur l'épidémiologie et la surveillance du VIH/sida a collaboré avec Santé Canada à l'interprétation des données pertinentes pour les populations autochtones et à la diffusion des résultats dans des réunions régionales, nationales et internationales²¹⁴.

Le Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose de Santé Canada, a continué de publier des rapports et de faire des présentations dans le but de mieux sensibiliser l'opinion à l'épidémiologie du VIH au sein des populations autochtones du Canada²¹⁵.

Développement communautaire

Le Réseau canadien autochtone du sida, Santé Canada et le Groupe autochtone national de référence pour le VIH/sida ont entrepris des consultations en vue de préparer des lignes directrices administratives pour la gestion des fonds affectés aux projets sur le VIH/sida visant des populations autochtones qui vivent hors des réserves, en milieu urbain ou rural. Les Discussions de la table ronde nationale ont été tenues pour faciliter l'établissement de lignes directrices et de critères^{216, 217, 218}.

Vingt-et-un projets sur des questions touchant le VIH/sida, répartis dans l'ensemble du Canada, ont été financés à même le fonds pour les Autochtones hors des réserves. Ainsi, le *Manitoba Aboriginal AIDS Task Force* a commencé l'élaboration d'un projet d'éducation par les pairs axé sur les problèmes de l'utilisation des drogues injectables chez les jeunes autochtones de la rue²¹⁹.

« Renforcer la capacité des communautés de faire face au VIH/sida (*HIV/AIDS Community Building*) » était le thème du Forum de perfectionnement des compétences organisé en 1999 par le RCAS. Le thème visait à permettre l'intégration des croyances et méthodes de guérison des Autochtones, en même temps qu'il imposait avec force de retrouver l'esprit des ancêtres, l'enseignement et la culture traditionnels.

Questions juridiques

Le RCAS et le Réseau juridique canadien sur le VIH/sida ont produit une série de neuf feuillets d'information sur les populations autochtones et les questions juridiques entourant le VIH/sida. Parmi les sujets de cette série, notons : la législation sur les droits de la personne, portant sur la discrimination, les obstacles juridictionnels, la confidentialité et l'accès au dépistage du VIH.

Coordination et collaboration des secteurs de compétence, des programmes et des organisations

Le Réseau canadien autochtone du sida a organisé la Journée annuelle autochtone de sensibilisation au sida, qui a pour objet d'amener les leaders et les collectivités autochtones à une meilleure connaissance et à une meilleure compréhension des questions soulevées par le VIH/sida ^{220, 221, 222}.

Le *Indigenous People's Forum* était une manifestation auxiliaire officielle de la Conférence sur les répercussions du sida tenue en juillet 1999. Le thème pour les 135 participants, *Hands Across the World*, tentait de symboliser l'unité de la population autochtone quel que soit le pays d'origine.

Le but du Forum était d'examiner, dans un contexte international, la lutte menée par les peuples autochtones contre le VIH/sida.

Recherche

Le rapport final intitulé *Examen de la recherche sur le VIH/sida chez les Autochtones : document de travail* a été préparé par la Northern Health Research Unit de l'Université du Manitoba. L'objet du document était d'aider les intervenants autochtones, les chercheurs et les gouvernements à établir des priorités pour la recherche sur le VIH/sida ²²³.

Le RCAS a effectué une évaluation de marketing social pour examiner les sources d'information sur le VIH/sida concernant les populations autochtones, la qualité et la pertinence de cette information, ainsi que les niveaux de connaissance et de sensibilisation relatifs aux questions entourant le VIH/sida.

Questions spéciales

Santé Canada a apporté son soutien au groupe *Two-Spirited* des Premières Nations pour qu'il évalue ses besoins face aux problèmes avec lesquels les homosexuels du Canada sont aux prises ^{224, 225}.

COLLABORATION INTERNATIONALE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Le VIH/sida demeure un problème qui se pose à l'échelle mondiale, qui ne connaît pas de frontières. Le volet international de la Stratégie vise à renforcer la coordination des activités canadiennes internationales sur le VIH/sida, à accroître les échanges d'informations avec les autres pays et avec les organisations internationales, à doter les ONG nationales d'une capacité d'intervenir à l'échelle mondiale, et à améliorer la collaboration entre les groupes, les individus, et les ministères et les organismes (par exemple l'Agence canadienne de développement international) participants.

Le VIH/sida, découvert il y a plus de 20 ans, a engendré une épidémie mondiale. À la fin de 1998, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH-sida (ONUSIDA) estimait que plus de 33 millions de personnes dans le monde vivaient avec le VIH/sida, ce qui correspondait à une augmentation du nombre de cas de 5,8 millions en une année. Chaque minute 11 personnes contractent le virus. Aujourd'hui, on considère qu'il s'agit, à l'échelle internationale, de la plus grande menace pour les gains réalisés relativement à l'espérance de vie, aux taux de survie des bébés et des enfants, et à la main-d'œuvre qualifiée. Quatre-vingt-quinze % des cas d'infection à VIH et des décès attribués au sida sont recensés dans les pays en développement, et le contrôle de la propagation du virus a des répercussions importantes sur la santé publique, les droits à l'assistance humanitaire et les droits de la personne, et la préservation de la viabilité sociale et économique.

Pour le volet Action internationale du Canada dans la lutte contre le VIH/sida, les activités sont réparties dans les secteurs suivants :

- Identification des participants et des activités;
- Établissement de partenariats;
- Diffusion de l'information; et
- Projets.

Identification des participants et des activités

Santé Canada, par le biais de la Direction des affaires internationales, qui est responsable du volet collaboration internationale de la Stratégie, a formé un Groupe de travail sur les questions internationales relatives au VIH/sida, avec l'intention de favoriser la coopération entre les ministères ou organismes fédéraux et les ONG à vocation internationale ^{226, 227, 228, 229}.

La volonté du Canada de jouer un rôle actif dans la réponse internationale à l'épidémie de VIH/sida a conduit à la rédaction d'un manuel destiné à rendre plus facile pour les ONG la participation à des projets de jumelage avec des organisations d'autres pays. Le document intitulé *Dépasser nos frontières : un guide de jumelage à l'intention des organismes du domaine VIH/sida*, a été préparé par la Coalition interagence sida et développement, avec le soutien financier de Santé Canada ^{230, 231, 232, 233}.

La participation du ministre fédéral de la Santé et d'autres délégués canadiens à la XII^e Conférence internationale sur le sida a renforcé l'engagement du Canada de contribuer aux efforts mondiaux. Les organismes canadiens ont participé activement à une vaste gamme de projets et d'activités d'envergure mondiale visant à freiner la transmission du VIH et à permettre aux pays et aux collectivités de limiter les effets néfastes du VIH et du sida ²³⁴.

La Coalition interagence sida et développement a maintenu sa participation à différents réseaux, organisations et groupes de travail, dans le but de se tenir au fait des développements et des initiatives, de contribuer aux initiatives de défense des intérêts, d'avoir une influence sur les politiques et les décideurs. La CISD a engagé des consultations et s'est mise en réseau avec le Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO); le Conseil des ONG de lutte contre le sida d'Amérique du Nord (NACASO); le Groupe de travail de Santé Canada sur les questions internationales relatives au VIH/sida; le Groupe de travail canadien pour les enfants et les familles vivant avec le VIH/sida; *le Children and AIDS International NGO Network* (CAINN); et la Délégation non gouvernementale au Conseil de coordination du Programme ONUSIDA. La CISD collabore aussi sur des questions touchant le VIH/sida avec des organisations de développement international des Pays-Bas, de l'Australie, des États-Unis et du Royaume-Uni ²³⁵.

Les activités internationales de la SCS comprenaient :

- la représentation du Canada au Conseil international des ONG de lutte contre le sida;
- la participation à des activités du Conseil d'Amérique du Nord des ONG de lutte contre le sida;
- la participation comme membre au Comité directeur international à Santé Canada;
- la participation à des partenariats avec des ONG internationales comme la CISD;
- la participation à la préparation de la XII^e Conférence internationale sur le sida, tenue à Genève;
- la production d'un document sur les obstacles et les défis de la lutte internationale contre le VIH/sida, à partir des résultats d'une enquête menée auprès des membres; et
- le co-parrainage du *International AIDS Candlelight Memorial* ²³⁶.

Établissement de partenariats

Santé Canada a continué d'établir des partenariats et de mettre en place des mécanismes nouveaux, dans le but de faire jouer au Canada un rôle international plus important et de lui permettre d'avoir une influence sur la réponse internationale au VIH/sida. Ainsi, un partenariat avec ONUSIDA a mené à la préparation du premier échange au sujet de la politique internationale sur le VIH/sida, qui se déroulera au Canada, à l'automne ^{237, 238, 239, 240}. La CISD a terminé une enquête devant permettre de répertorier les projets internationaux sur le VIH/sida entrepris par des organisations canadiennes et, ainsi, de faciliter la création de réseaux et l'établissement de partenariats ^{241, 242, 243, 244}.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida et le projet *AIDS Law* de l'Afrique du Sud ont mis au point une entente de partenariat se ramenant à une déclaration de solidarité et d'intention de travailler ensemble dans une perspective de bénéfice mutuel. Une liste d'activités conjointes possibles a été dressée provisoirement et un projet a été élaboré pour la période 1999-2000.

Diffusion de l'information

Santé Canada a élaboré un plan de communication grâce auquel la communauté internationale sera tenue informée de ce qui se fait dans le cadre de la SCVS, de même que les partenaires de la Stratégie et le public canadien. Comme réalisations à ce chapitre, on peut citer les faits suivants :

- un logo spécial a été créé et le site Web de la SCVS (www.aidsida.com) a été rebâti;
- les activités en rapport avec la XII^e Conférence internationale sur le sida de Genève ont atteint quelque 600 000 Canadiens et Canadiennes, selon les estimations; et
- la CISD, en collaboration avec Santé Canada, a produit et distribué le document intitulé *Réponse du Canada au problème international du VIH/sida*, un recueil des initiatives internationales soutenues par les ONG, les universités, les instituts de recherche et les ministères et organismes gouvernementaux canadiens ²⁴⁵.

La CISD a assuré le fonctionnement d'un petit centre de documentation (réunissant des livres, publications, articles, manuels techniques, vidéocassettes, etc.) sur la dimension internationale de la pandémie du sida et de la relation VIH/sida et développement ²⁴⁶.

La 8^e Conférence canadienne sur la recherche sur le VIH/sida avait pour thème l'évolution de l'épidémie et l'orientation de la recherche au cours du nouveau millénaire. De nombreux sujets ont été abordés, qui représentaient des questions fondamentales, ou des questions relevant des sciences cliniques, de l'épidémiologie ou des sciences sociales ²⁴⁷.

Le Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO) a fait une déclaration devant l'Assemblée mondiale de la Santé pour appuyer une résolution sur la nouvelle stratégie concernant les médicaments. Dans cette déclaration, l'ICASO a réclamé l'amélioration de l'accès aux médicaments pour les personnes atteintes du VIH/sida, et affirmé que le prix ne devrait pas être le seul facteur déterminant l'accès à un médicament ²⁴⁸.

Le document *Le VIH/sida et les droits de la personne - Histoires des premières lignes*, qui est sorti à l'occasion de l'assemblée générale annuelle du Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO), a souligné l'importance de respecter les droits de la personne pour freiner la propagation du VIH/sida ²⁴⁹.

Quelque 1 000 personnes de 48 pays ont participé à la Conférence internationale sur les aspects bio-psychosociaux de l'infection à VIH de 1999, un forum international multidisciplinaire organisé par le Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO), centré sur l'idée de faire bénéficier la pratique des résultats de la recherche et les intervenants de première ligne du savoir des experts ²⁵⁰.

Santé Canada et le Programme ONUSIDA ont co-parrainé une conférence intitulée *Dialogue sur le VIH/sida : Dilemmes stratégiques des gouvernements*. Le but de la conférence, à laquelle participaient principalement des pays riches, était d'encourager l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques plus efficaces sur le VIH/sida et la création d'un réseau international qui puisse soutenir la mise en place de politiques nationales et internationales ²⁵¹.

Projets

La CISD, le groupe de recherche et d'éducation sur la Convention relative aux droits de l'enfant de l'Université de Victoria et le Centre de recherche pour le développement international ont commencé à élaborer un projet qui utilisera la Convention relative aux droits de l'enfant comme cadre pour la documentation au niveau communautaire :

- des besoins des enfants affectés par le sida dans le monde entier;
- les lacunes des connaissances et des services à combler pour satisfaire ces besoins;
- les meilleures pratiques pour répondre à ces besoins; et
- des recommandations au sujet d'interventions futures.

Le projet permettra l'élaboration d'un ensemble de lignes directrices visant à faciliter, à tous les niveaux, une réponse plus efficace aux besoins des enfants touchés par le VIH/sida ²⁵².

Santé Canada a participé au comité de planification de la 3^e Rencontre satellite sur les travaux de prévention qui doit se tenir pendant la XIV^e Conférence internationale sur le sida.

Afin d'encourager le soutien aux travaux d'envergure mondiale sur le VIH/sida et la participation à ces travaux, la Direction des affaires internationales de Santé Canada et la Coalition interagence sida et développement ont co-parrainé un forum d'une journée sur la *Réponse du Canada au problème international du VIH/sida*, qui formait un volet du Deuxième symposium national de perfectionnement des compétences dans le domaine du VIH/sida (novembre 1999) organisé par la SCS. Le forum a été l'occasion de présenter des informations importantes sur la situation actuelle de l'épidémie de VIH/sida à l'échelle internationale; d'expliquer pourquoi les organismes et les ONG canadiens de lutte contre le sida devraient participer aux travaux menés à l'échelle internationale; d'évoquer les possibilités de participation aux travaux d'envergure mondiale; de souligner la variété des activités menées actuellement par les groupes canadiens; et de faire ressortir les bénéfices de ce travail pour les organisations canadiennes et les organisations des autres pays. Les participants comprenaient des représentants d'au moins une vingtaine d'organisations de l'ensemble du Canada.

RECHERCHE

La recherche canadienne a contribué à faire régresser le nombre de nouveaux cas d'infections à VIH, en plus d'améliorer la qualité de la vie des personnes vivant avec le VIH et le sida. Il reste encore beaucoup à apprendre sur cette maladie complexe et sur les meilleurs moyens de lutter contre elle. La SCVS finance un large éventail d'activités de recherche et de surveillance qui nous éclairent peu à peu sur les aspects sociaux, économiques, biomédicaux, cliniques, de santé et de politiques publiques en rapport avec le VIH/sida. Cette compréhension nous aidera à améliorer non seulement les traitements pour le VIH/sida, mais aussi les programmes à l'intention des jeunes à risque, des soignants familiaux, des réseaux d'appui social et d'autres groupes touchés par le VIH/sida.

Pour le volet Recherche, les activités sont réparties dans les secteurs suivants :

- Sources de financement et défense des intérêts;
- Projets;
- Diffusion des résultats; et
- Planification de la recherche.

Sources de financement et défense des intérêts

Le Conseil de recherches médicales du Canada et le Programme national de recherche et de développement en matière de santé ont continué à subventionner une vaste gamme de projets de recherche extra-muros sur le VIH/sida. Le CRM a accordé des subventions et des bourses pour la recherche biomédicale et clinique sur le VIH/sida, et le PNRDS a subventionné des projets et octroyé des bourses dans les secteurs des services de santé, de la santé de la

population, et de la recherche psychosociale et comportementale. Le PNRDS a aussi mis sur pied le Programme de recherche autochtone et le Programme de recherche communautaire, et a soutenu financièrement le Réseau canadien pour les essais VIH.

Le Réseau canadien pour les essais VIH a continué d'apporter son soutien pour les essais cliniques que nécessite la mise au point de thérapies et de vaccins contre le VIH/sida au Canada ^{253, 254}. Au 31 mars 1999, le Réseau et ses comités avaient examiné 135 demandes, en avaient accepté 56 et avaient exécuté 44 essais cliniques. Un total de 6 900 Canadiens et Canadiennes ont participé à ces essais, et 9 900 Canadiens et Canadiennes ont participé à des programmes d'accès étendu encouragés par le Réseau ²⁵⁵.

Le Comité consultatif FPT sur le VIH/sida a lancé une étude sur le coût et l'accessibilité de la thérapie pour le VIH ^{256, 257}.

À la fin de l'exercice 1998-1999, 1,8 million de dollars des fonds de recherche non dépensés de la SCVS a été reporté au budget de l'exercice suivant. Cette décision a été prise en partie après avoir entendu le plaidoyer de la SCS et de ses membres, ainsi que les plaidoyers d'autres ONG et du Conseil ministériel sur le VIH/sida ²⁵⁸.

Le personnel de la SCS, le Conseil ministériel et le PNRDS se sont réunis pour examiner la question du financement de la recherche communautaire. Les groupes communautaires ont été informés de la disponibilité d'un million de dollars pour financer la recherche communautaire sur le VIH/sida, ainsi que des quatre dates limites pour la présentation de demandes. Quelques demandes ont été soumises ²⁵⁹.

En mai 1999, le PNRDS a tenu une consultation de deux jours à Victoria, en Colombie-Britannique, auprès de quelque 55 intervenants nationaux. Le but de la consultation était de préparer la restructuration du Programme de recherche communautaire ²⁶⁰.

Projets

Le tableau 4 résume les informations accessibles qui ont été recueillies sur la recherche subventionnée par le Réseau canadien pour les essais VIH.

Des informations sont données au tableau 5 sur la recherche sur le VIH/sida financée par le Conseil de recherches médicales du Canada.

Le tableau 6 recense les projets de recherche sur le VIH/sida financés par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé.

Diffusion des résultats

Le Réseau canadien pour les essais VIH a publié les résultats de 25 essais cliniques ²⁶¹.

Environ 500 articles de recherche ont été publiés sur le VIH/sida à partir des projets financés par le CRM en 1998-1999.

Les résultats de plus de 200 recherches scientifiques ont été présentés à la conférence de l'Association canadienne de recherche sur le VIH à Vancouver.

Planification de la recherche

Santé Canada a organisé une réunion multi-sectorielle de deux jours en vue de permettre un débat au sujet des questions les plus importantes pour la recherche sur la prévention du VIH et l'établissement de priorités pour les prochaines années. Cette réunion a débouché sur la création d'un groupe national de référence pour la recherche sur la prévention ²⁶².

Tableau 4 : Subventions et bourses de recherche du Réseau canadien pour les essais VIH ²⁶³

Le Réseau pour les essais VIH participe au premier essai de vaccin contre le VIH, pour lequel 300 volontaires ont été recrutés à Vancouver, Toronto et Montréal. L'étude s'inscrit dans une recherche plus vaste menée à l'échelle internationale à laquelle participent 5 000 volontaires en Amérique du Nord, qui ont des comportements sexuels à haut risque.
Le Réseau pour les essais VIH a conditionnellement approuvé cinq nouveaux essais concernant : indinavir et ritonavir deux fois par jour (CTN 143); ril-2 (CTN 145, étude SILCAAT); différences selon le sexe du syndrome de lipodystrophie (CTN 148); rifabutine de façon intermittente pour le complexe MAI et la tuberculose (CTN 117); et Virulizin-2-Gamma (CTN 104).
Le Réseau pour les essais VIH appuie une étude de 28 semaines visant à déterminer si une combinaison de quatre médicaments administrés une fois par jour (adefovir, didanosine, lamivudine et névirapine) a des effets antiviraux équivalents à ceux des traitements avec la zidovudine ou la stavudine, ET la lamivudine, en combinaison avec de l'indinavir, du nelfinavir ou du saquinavir.
Le Réseau pour les essais VIH travaille en collaboration avec les Programmes communautaires américains de recherche clinique sur le sida à des essais cliniques sur la marijuana (CTN 102).

Tableau 5 : Bourses et subventions de recherche du CRM ²⁶⁴

<p>Consécutivement aux subventions octroyées par le CRM en 1998-1999, 28 autres chercheurs canadiens nouveaux bénéficient d'un soutien sous forme de salaire pour recevoir une formation dans le domaine de la recherche sur le VIH/sida. Le nombre total chercheurs canadiens recevant une telle formation à la recherche sur le VIH/sida est maintenant estimé à 186.</p>
<p>Le CRM a subventionné 43 projets de recherche d'envergure mondiale, destinés à susciter de nouvelles idées et à faire avancer les connaissances, qui s'inscrivent dans l'effort international déployé pour mettre au point un traitement curatif et permettre d'offrir des vaccins, des médicaments et des thérapies efficaces. Au nombre des chercheurs subventionnés se trouvent sept chercheurs reconnus du <i>McGill AIDS Centre</i>, qui ont étudié les mécanismes régulateurs de l'expression génétique, de la latence et de la persistance du VIH.</p>

Tableau 6 : Bourses et subventions de recherche du PNRDS ²⁶⁵

<p>Canadian Women's HIV Study/Étude Canadienne des femmes infectées par le VIH - Catherine Hankins, Hôpital Sainte-Justine</p>
<p>Étude de l'incidence des déterminants psychosociaux de l'infection au VIH chez les hommes homosexuels et bisexuels de Montréal (OMEGA) - Michel Alary, Hôpital du St-Sacrement</p>
<p>Role of Syringe Access and Risk Factors for HIV Transmission (Facteurs de risque pour la transmission du VIH en rapport avec l'accessibilité des seringues) : The Saint Luc Cohort - Julie Bruneau, Centre de recherche du CHUM, Campus Saint-Luc</p>
<p>Empowerment des jeunes gais, lesbiennes et bisexuels : analyse d'implémentation et effets du projet "Safe Space" dans quatre villes canadiennes - Joanne Otis, Université du Québec à Montréal</p>
<p>Development of a Novel and Improved HIV-1 Vaccine Efficacy Measure (Mise au point d'une nouvelle méthode améliorée pour la mesure de l'efficacité du vaccin anti-VIH-1) - Marie-Claude Boily, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec</p>
<p>Représentation sociale des nouvelles thérapies contre le VIH/sida, répercussions sur le vécu d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes - Joseph Levy, Université du Québec à Montréal</p>
<p>Polaris HIV Seroconversion Study (Étude de séroconversion du VIH) - Liviana Calzavara, University of Toronto</p>

A Qualitative Study of the Psychosocial Factors Affecting Return to Work from Long Term Disability for People Living with HIV/AIDS (Étude qualitative des facteurs psychosociaux influençant le retour au travail après une longue période d'incapacité pour les personnes atteintes du VIH/sida) - Sue Ferrier, Institute for Work and Health

The Economic Impact of HIV Infection in a Region of Canada (Conséquence économique de l'infection à VIH dans une région du Canada) - John Gill, University of Calgary

Investigations into Sexual Behaviour and Determinants of HIV Incidence and Progression Among Gay and Bisexual Men (Recherches sur la relation existant entre le comportement sexuel et les déterminants de l'incidence du VIH, d'une part, et la progression chez les gais et les hommes bisexuels, d'autre part) - Robert Stephen Hogg, University of British Columbia

A Comparison of Strategies for Containing HIV Epidemics Among Injection Drug Users (Comparaison des stratégies pour freiner la transmission du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables) - Janet Marie Raboud, University of British Columbia

The Economic Costs and Resource Impacts of HIV/AIDS in British Columbia: The Community Health Resource Project (Coûts économiques et effets sur les ressources du VIH/sida en Colombie-Britannique : Projet communautaire sur les ressources en santé) - Robin A. Hanvelt, University of British Columbia

SURVEILLANCE DU VIH/SIDA

Au même titre que la recherche, la surveillance est essentielle pour lutter contre l'épidémie de VIH. La déclaration précoce et précise des cas s'est révélée déterminante pour empêcher et limiter les flambées de cas d'infection à VIH, et ainsi freiner la propagation de la maladie. Pourtant, la stigmatisation et l'ostracisme associés au VIH/sida dissuadent encore un grand nombre de Canadiens et Canadiennes infectés de déclarer leur infection.

Pour le volet Surveillance et science de laboratoire, les activités sont réparties entre les secteurs suivants :

- Surveillance;
- Recherche sur les facteurs de risque psychosociaux et comportementaux;
- Mise à l'épreuve des technologies et des politiques;

- Assurance de la qualité et services de diagnostic;
- Diffusion d'information; et
- Consultation des communautés.

Surveillance

Une réunion sur la consultation nationale s'est tenue au début de 1999, dans le but de discuter d'un projet de Réseau national de surveillance de la santé pour le Canada. Le réseau est conçu comme un moyen qui permettrait au gouvernement fédéral de respecter son engagement d'offrir à tous les Canadiens et Canadiennes l'accès à l'information médicale. Lors de la réunion, le personnel de la SCS a fait part de ses inquiétudes relativement au projet, en demandant comment, et dans quelle mesure, le caractère privé de l'information et sa nature confidentielle seraient protégés dans un tel réseau. Une réunion de suivi s'est tenue à la fin de mars 1999 ²⁶⁶.

Recherche sur les facteurs de risque psychosociaux et comportementaux

Santé Canada a soutenu le volet psychosocial et comportemental de l'étude *Polaris HIV Seroconversion* (voir le tableau 4). Un soutien a aussi été fourni pour la recherche dans les secteurs du dépistage du VIH, celui de la qualité du counselling, et celui des obstacles à la réduction des risques d'infection au VIH ^{267, 268, 269, 270}.

Santé Canada a soutenu la mise au point d'un mécanisme devant permettre de traduire les résultats de recherche obtenus à partir de l'étude de la Cohorte Oméga (voir le tableau 4) en programmes de prévention directe pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ^{271, 272, 273, 274}.

Mise à l'épreuve des technologies et des politiques

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a consulté ses membres, les organisations nationales intéressées et Santé Canada pour déterminer sur quelle question nouvelle le Réseau devrait faire porter ses efforts en priorité pendant l'année 1999-2000. À la suite de ce processus, le Réseau juridique s'est lancé dans une analyse systématique de la question retenue, à savoir le dépistage rapide.

La SCS a suivi les essais cliniques menés par une société pharmaceutique avec une trousse d'autodétection du VIH dans des situations correspondant à celles des points de service. L'essai vérifie la fiabilité de la trousse en collectant des échantillons qui viennent à la fois de sujets dont on sait qu'ils sont porteurs du VIH et de sujets dont on ne sait pas s'ils le sont. Une fois approuvée, la trousse sera utilisable par les professionnels de la santé ²⁷⁵.

Les trousse d'autodétection rapides du VIH ont fait l'objet de discussions lors d'une réunion organisée par le Bureau des matériels médicaux du Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada. La SCS a incité le Laboratoire de lutte contre la maladie à convoquer une réunion plus importante le plus tôt possible pour y discuter des risques et des avantages que peuvent présenter de telles trousse. La SCS a en outre rédigé avec le Réseau juridique canadien VIH/sida une lettre conjointe demandant que de nouvelles consultations plus larges soient menées dans les plus brefs délais ²⁷⁶.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a tenu une réunion nationale pour donner suite au *Le test de sérodiagnostic et la confidentialité - Rapport final*. Partout au Canada, les groupes ont discuté de questions de priorité, notamment en rapport avec la politique d'immigration, et de la question du dépistage rapide et des conséquences de la décision rendue à propos du cas *Cuerrier* pour les organismes communautaires de service-sida ²⁷⁷.

Assurance de la qualité et services de diagnostic

Santé Canada a amélioré ses moyens pour la surveillance chez les groupes à haut risque, dans le but de recueillir des informations pertinentes pour l'élaboration de politiques et de programmes qui puissent être fondés sur des observations ²⁷⁸.

Des améliorations ont aussi été apportées au Système de surveillance des cas de VIH/sida de Santé Canada. Plus particulièrement, les écarts dans les données en rapport avec les populations des Premières Nations, les Inuits et les Métis ont été étudiés en collaboration avec le Groupe de travail autochtone sur l'épidémiologie et la surveillance du VIH/sida ²⁷⁹.

Le Service correctionnel du Canada a créé un groupe de travail chargé d'élaborer un système de surveillance automatique pour le VIH et d'autres maladies infectieuses, qui serait utilisable dans les établissements correctionnels fédéraux ²⁸⁰.

Santé Canada a mis en place des programmes d'assurance et de suivi de la qualité pour soutenir les laboratoires d'essais provinciaux et les laboratoires des médecins. Les programmes d'assurance de la qualité pour la sérologie VIH et la charge virale ont permis d'assurer que d'autres laboratoires canadiens de diagnostic du VIH et des centres de surveillance clinique du VIH aient accès à des techniques de grande qualité. On a pu ainsi limiter les erreurs dans le suivi de l'état immunitaire ²⁸¹.

Santé Canada a fourni des épreuves diagnostiques d'échantillons difficiles pour la détermination de l'état immunitaire, pour garantir que les Canadiens et Canadiennes obtiennent un traitement fiable et à temps. Parallèlement, le Laboratoire national de cytologie analytique de Santé Canada a effectué une surveillance rigoureuse de la manifestation et de la progression de l'effet des thérapies antirétrovirales ²⁸².

Diffusion d'information

Santé Canada a publié des données épidémiologiques dans différents rapports, parmi lesquels *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, le *Inventory of HIV Incidence and Prevalence Studies in Canada*, et *Le VIH et le sida : Rapport de surveillance* ²⁸³.

Le Bureau de l'épidémiologie et de la surveillance de Santé Canada a apporté une expertise technique et de nouvelles données sur l'épidémiologie et la surveillance du VIH aux décideurs, aux communautés infectées, aux représentants officiels du gouvernement et de la santé publique, et au public canadien ²⁸⁴.

Consultation des communautés

Les personnels de la SCS et du Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose de Santé Canada se sont réunis pour discuter du rapport de la *Consultation communautaire sur les initiatives de surveillance*, menée par la Direction générale de la protection de la santé. Le rapport contient des recommandations sur les besoins des organismes de service liés au sida en matière de données épidémiologiques et d'informations touchant la surveillance ²⁸⁵.

La SCS a participé à un comité consultatif qui était chargé d'apporter des informations pour préparer la *Rencontre nationale sur l'épidémiologie*, qui s'est tenue en novembre 1998. Au nombre des questions soulevées par la SCS se trouvaient celle du manque de données disponibles sur les femmes et le VIH/sida et l'absence de nouvelles données sur les détenus dans les pénitenciers fédéraux. Lors de l'assemblée, la SCS a rappelé les tendances épidémiologiques et fait état des besoins de surveillance dans les communautés pour l'avenir, en se fondant sur les données recueillies par la *Consultation communautaire sur les initiatives de surveillance*. Par ailleurs, à l'occasion de cette assemblée, la Division de l'épidémiologie de Santé Canada a publié un nouveau numéro d'*Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, qui portait sur la séroprévalence et la séroincidence du VIH/sida.

PRISONS

Dans le cadre de son programme national sur le VIH/sida, le Service correctionnel du Canada (SCC) a poursuivi l'élaboration et la mise en œuvre de nombreux projets visant à prévenir la transmission du VIH/sida et à réduire les torts causés par des comportements à risque élevé. Des faits révèlent que des détenus ont encore des comportements à haut risque comme l'échange de seringues, le tatouage et les rapports sexuels non protégés. Les Autochtones et les utilisateurs de drogues injectables sont surreprésentés au sein de la population carcérale. Répondre aux besoins de ces populations marginalisées, difficiles à atteindre dans un contexte correctionnel, est une priorité pour la SCC. On sait que la plupart des détenus réintégreront la société à la suite de leur libération et il appartient à la SCC d'apporter aux détenus séropositifs les soins dont ils ont besoin pendant leur détention. Enfin, il importe de noter que les taux de prévalence du VIH dans les prisons canadiennes, d'après les estimations, sont dix fois plus élevés que pour l'ensemble de la population.

Pour le volet Prisons, les activités sont réparties entre les secteurs suivants :

- Programmes d'éducation et de sensibilisation;
- Surveillance;
- Soins, traitements et soutien;
- Planification stratégique;
- Formation pour le personnel des ONG; et
- Défense des intérêts.

Programmes d'éducation et de sensibilisation

Le Service correctionnel du Canada a amélioré les programmes d'éducation et de sensibilisation pour les détenus et le personnel des établissements correctionnels fédéraux. Au nombre des nouvelles initiatives, figure la mise en œuvre d'un programme d'éducation et de counseling par les pairs ²⁸⁶.

Un projet pilote de dépistage anonyme et de counseling a été lancé dans un établissement fédéral de Prince Albert, en Saskatchewan ²⁸⁷.

Les détenus de l'établissement carcéral de Donnacona, au Québec, ont produit et publié une bande dessinée visant à faciliter la discussion sur le VIH dans les prisons, entre détenus ²⁸⁸.

Surveillance

Les résultats d'une enquête sur une éclosion de cas d'infection à VIH dans l'établissement carcéral de Springhill en Nouvelle-Écosse ont permis d'améliorer la capacité du SCC à adopter des politiques éclairées pour gérer de telles situations dans l'avenir ²⁸⁹.

Soins, traitements et soutien

Le SCC a formé un Comité national des soins palliatifs qui aura pour tâche d'élaborer des normes en matière de soins, traitements et soutien pour les détenus exigeant des soins palliatifs ²⁹⁰.

Les programmes de traitement d'entretien à la méthadone sont devenus accessibles aux détenus présentant une dépendance aux opioïdes qui, auparavant, pouvaient bénéficier d'un programme communautaire d'entretien à la méthadone ²⁹¹.

Planification stratégique

Au sein du SCC, on a poursuivi le travail d'élaboration d'un plan d'action stratégique, qui constitue une réponse à certaines recommandations faites dans le document *VIH/sida et Prisons : Rapport final*²⁹².

Le SCC a organisé une Table ronde sur les prisonniers autochtones et le VIH/sida, avec le concours de la SCS, du Réseau juridique canadien VIH/sida et d'autres groupes. À la suite de cette manifestation, un groupe de travail a été formé, et il a reçu le mandat de soumettre une ébauche de plan d'action sur cette question^{293, 294}.

Le SCC a continué d'examiner les questions en rapport avec la confidentialité, la divulgation d'information et le « devoir de mise en garde »²⁹⁵.

Formation du personnel dans les ONG

La SCS a participé au comité consultatif mis sur pied pour le *National Prison Training Project*, qui visait à offrir au personnel une formation à l'aide sociale auprès des détenus dans un organisme de service-sida par région. Le projet, qui s'est terminé en novembre 1999, a été coordonné par le *Prisoners' AIDS Support Action Network* (PASAN) et financé par le PACS²⁹⁶.

Défense des intérêts

Le PASAN, le Réseau juridique canadien VIH/sida et la SCS ont émis un communiqué conjoint sur le problème de l'hépatite C et du VIH dans les pénitenciers fédéraux²⁹⁷.

Le PASAN et la SCS ont collaboré à une campagne de lettres au Solliciteur général du Canada, demandant la mise sur pied de programmes de réduction des préjudices et d'un programme pilote d'échange de seringues dans les établissements correctionnels fédéraux²⁹⁸.

La SCS et le PASAN ont suivi la façon dont le SCC respectait son engagement à réduire les préjudices et ont recueilli des informations utilisables dans d'autres initiatives de promotion²⁹⁹.

En novembre 1998, la SCS a mené une enquête auprès de ses groupes membres, en vue d'établir dans quelle mesure ces derniers fournissent des services liés au VIH/sida aux détenus des prisons fédérales et provinciales. Les résultats ont été publiés dans le document intitulé *Inventory of CAS Member Groups' Activities in HIV/AIDS in Prisons*³⁰⁰.

La SCS, le PASAN et le Réseau juridique canadien VIH/sida ont demandé de rencontrer le nouveau Solliciteur général, nommé en novembre 1998, pour examiner avec lui l'urgence de mettre sur pied des programmes de réduction des préjudices dans les prisons fédérales³⁰¹.

GESTION STRATÉGIQUE, COORDINATION, ÉVALUATION ET CONTRÔLE

La Stratégie canadienne sur le VIH/sida est établie sur une prémisse claire : la complexité et l'étendue de l'épidémie canadienne du VIH/sida exigent une coopération et une collaboration exceptionnelles. La problématique du VIH/sida impose que tous les membres de la collectivité engagés dans la lutte contre le VIH/sida au Canada puissent participer au processus décisionnel dès le début, et que les décisions ultimes traduisent une compréhension et un espoir communs. Du même coup, les Canadiens et Canadiennes s'attendent à ce qu'on leur rende des comptes afin d'assurer que la Stratégie atteigne ses objectifs.

Pour le volet Gestion stratégique, coordination, évaluation et contrôle, les activités sont réparties dans les secteurs suivants :

- Établissement de la SCVS;
- Gestion et coordination; et
- Secteur privé.

Établissement de la SCVS

La Stratégie canadienne sur le VIH/sida a été lancée par le ministre fédéral de la Santé à l'occasion d'une conférence de presse tenue le 28 mai 1998. Le document de politique de la SCVS, *La Stratégie canadienne sur le VIH/sida : Ensemble nous irons plus loin*, a été dévoilé à ce moment-là. En même temps, un communiqué et différents feuillets d'information sur le VIH/sida et la SCVS ont été adressés aux médias^{302, 303}.

Santé Canada a publié le document intitulé *Le renouvellement de la stratégie canadienne sur le VIH/sida : réussites, obstacles et bilan*, un rapport sur le processus national de consultation à partir duquel la SCVS a été construite. Le processus est perçu comme un modèle susceptible d'être utilisé pour amener les intervenants à participer à l'élaboration d'une politique publique sur les questions touchant la santé et les questions sociales³⁰⁴.

La reconstruction du site Web de la SCVS et la création d'un logo ont permis des progrès sur les plans de la sensibilisation de l'opinion, la diffusion de l'information et la reddition de comptes au public³⁰⁵.

Gestion et coordination

Un réseau de comités a été établi pour assurer une coordination efficace de la SCVS et appuyer une approche pancanadienne sur le VIH/sida. Au sein du gouvernement fédéral, l'Équipe inter-directions générales de Santé Canada sur le VIH/sida et le Comité inter-directions générales sur le VIH/sida et les peuples autochtones supervisent et coordonnent les activités de Santé Canada et du Service correctionnel du Canada. Les comités ci-dessous ont été formés pour encourager l'établissement de liens et de partenariats entre les intervenants clés :

- Conseil ministériel sur le VIH/sida;
- Comité consultatif FPT sur le VIH/sida;
- Groupe de travail des responsables des services correctionnels FPT;
- Groupe autochtone national de référence pour le VIH/sida;
- Comité de coordination interministériel sur le VIH/sida; et
- Groupe de travail sur les questions internationales relatives au VIH/sida ^{306, 307}.

En 1998-1999, le Conseil ministériel sur le VIH/sida a :

- créé trois comités permanents (surveillance et évaluation, excellence et perspectives d'avenir) et un groupe de travail spécial sur les questions autochtones;
- préparé une description des perspectives d'avenir;
- élaboré un cadre pour la surveillance de la SCVS;
- travaillé avec le PNRDS à la conception de programmes de recherche communautaire autochtones;
- fait des recommandations en ce qui concerne les fonds de recherche de la SCVS non dépensés;
- participé à un groupe de travail chargé d'examiner le processus d'évaluation des médicaments au Canada, ainsi que la surveillance après l'approbation des médicaments; et
- influencé les choix faits en ce qui concerne la définition d'un cadre d'établissement de rapports sur le rendement de la SCVS (voir le prochain point) ³⁰⁸.

Santé Canada et le SCC ont préparé le Cadre de responsabilité de la SCVS.

Un groupe de travail a été formé et chargé de définir des orientations stratégiques pour les bureaux régionaux de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé (Santé Canada) et de recommander des responsabilités et des rôles repensés, dans le cadre de la SCVS. Le groupe a préparé un document décrivant globalement ce qu'il entend faire pour s'acquitter de son mandat ³⁰⁹.

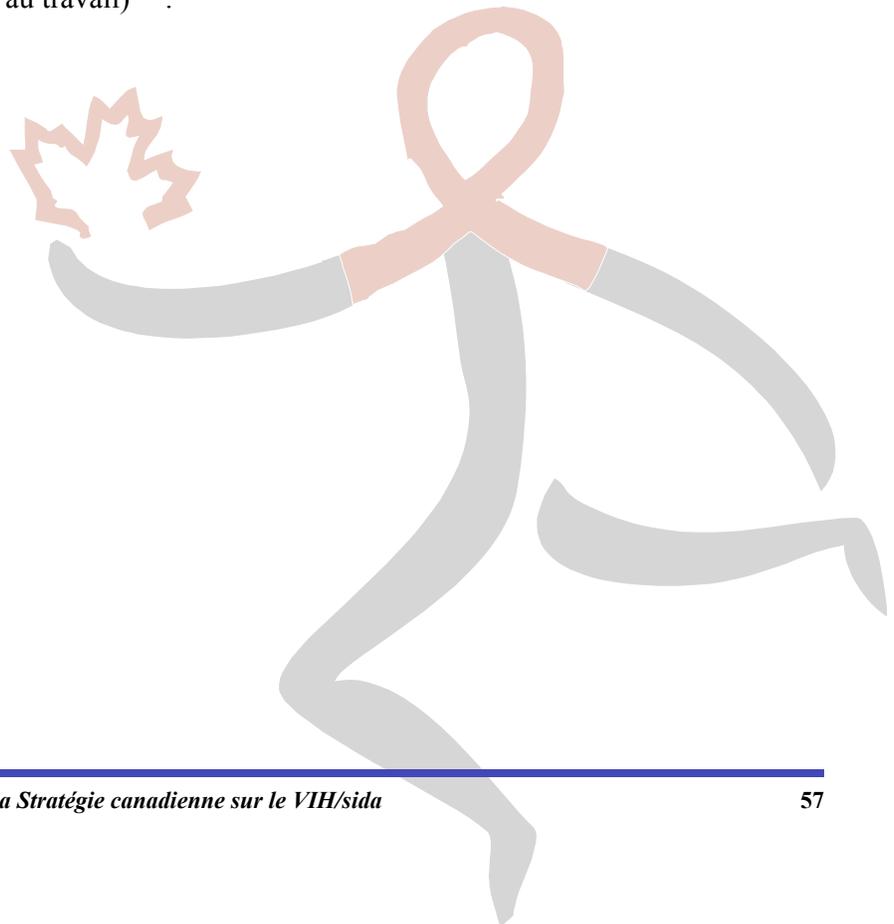
La Division de l'évaluation des programmes de Santé Canada a élaboré un cadre de rapport sur le rendement, qui a été achevé en février 1999 et un rapport annuel pour la SCVS.

En 1998-1999, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le VIH/sida a :

- mis au point une méthode d'analyse pour relever les lacunes, les doubles emplois et les questions de compétence dans la prestation des services liés au VIH/sida offerts aux populations autochtones;
- établi des relations privilégiées avec les responsables des services correctionnels fédéraux, provinciaux et territoriaux sur le VIH/sida, qui visent à assurer une collaboration étroite au sujet des questions touchant les populations carcérales; et
- publié *La collaboration intergouvernementale dans la lutte contre le sida : document de travail*, qui accompagne le document *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, un rapport élaboré par le Comité consultatif sur la santé de la population ³¹⁰.

Secteur privé

Santé Canada a terminé la recherche auxiliaire sur les attitudes à l'égard du VIH/sida dans le secteur privé au Canada. À partir des résultats de cette recherche, le document intitulé *L'entreprise face au VIH/sida* a été révisé de façon à refléter les données statistiques, les tendances et les besoins actuels. Cet exercice a eu pour effet d'accroître la participation des entreprises aux efforts déployés pour lutter contre le VIH/sida et pour réduire le plus possible les effets du VIH/sida sur les individus et les collectivités (notamment par l'adoption de politiques adaptées au travail, par la création de services de réadaptation et le lancement d'initiatives pour le retour au travail) ³¹¹.



CHAPITRE 4

Tendances principales en rapport avec le VIH/sida au Canada

INTRODUCTION ET CONCLUSIONS PROVISOIRES

Comme il a été indiqué au chapitre 3, des indicateurs de processus sont en phase de conception et d'utilisation pour surveiller les progrès accomplis vers les objectifs établis dans la SCVS. Par ailleurs, plusieurs études d'évaluation se trouvant à l'étape de la planification ou de la mise en œuvre aideront à informer les Canadiens et Canadiennes des effets des activités et des éléments principaux de la Stratégie dans les années à venir.

Cependant, les mesures ultimes des progrès quant à l'atteinte des objectifs de la SCVS sont :

- l'incidence et la prévalence du VIH;
- l'incidence et la prévalence du sida,
- la mortalité précoce attribuée au sida; et
- la qualité de la vie des personnes atteintes du VIH/sida.

Ces indicateurs ont été utilisés traditionnellement pour surveiller les modifications de l'épidémie au Canada et, en tant que tels, ils peuvent fournir une structure pour mesurer les effets et le succès de la Stratégie actuelle. Cependant, puisque la mise en œuvre de la SCVS en est à ses débuts, il serait prématuré d'attribuer les tendances ou les conséquences à long terme actuelles à des activités particulières de la Stratégie. Par conséquent, le présent chapitre vise à résumer les données de départ actuelles pouvant être utilisées pour surveiller les progrès futurs. (Voir l'annexe 1 pour une description complète de ces indicateurs de résultats et de sources de données connexes.)

Comme il sera expliqué dans le présent chapitre, l'épidémie continue à évoluer, ce qui occasionne des changements constants quant aux besoins des divers groupes atteints du VIH/sida et de nouveaux défis pour les décideurs, les médecins et les fournisseurs de soins, les chercheurs, entre autres. Il y a cependant suffisamment de preuves pour tirer les conclusions préliminaires suivantes sur l'épidémie :

- **Diagnostics de VIH (Déclarations séropositives) :** Un total cumulé de 45 534 diagnostics de VIH ont été déclarés au Canada au 31 décembre 1999. Bien que le nombre cumulatif de diagnostics ne cesse d'augmenter, le nombre de nouveaux diagnostics a plutôt montré des signes de diminution ces dernières années. En 1999, 2 231 cas ont été déclarés séropositifs pour le VIH (séropositifs), par rapport à 2 989 cas au cours 1995. En 1999, le plus grand pourcentage des tests séropositifs a été attribué

aux HRSH (37,1 %), suivi des transmissions hétérosexuelles (28,9 %) et des UDI (28,3 %). Entre 1995 et 1999, le pourcentage des tests séropositifs chez les HRSH a continué de diminuer régulièrement, tandis que le pourcentage de nouveaux diagnostics attribués aux UDI et, en particulier, aux contacts hétérosexuels a augmenté. Il y avait aussi des augmentations dans le pourcentage des tests séropositifs chez les femmes.

- **Incidence du VIH** : La véritable incidence du VIH au Canada reste inconnue. Les déclarations de tests séropositifs (les cas déclarés de diagnostics séropositifs) minimisent l'ampleur du problème puisque les personnes infectées par le VIH n'ont pas toutes eu recours à des tests de détection du VIH. Le nombre de tests déclarés pour le VIH dans une année donnée comprend en partie les personnes infectées pendant cette année, mais surtout les personnes infectées pendant les années précédentes. Par ailleurs, certaines personnes infectées dans une année donnée seront diagnostiquées (séropositives) au cours de cette année, mais la majorité ne seront diagnostiquées que dans une année subséquente. Donc la relation entre l'incidence du VIH et les tests de VIH déclarés est déterminée par le comportement face au dépistage du VIH; ce comportement est influencé par plusieurs facteurs et n'est pas très bien compris en termes quantitatifs. En effet, ONU sida a décrit ce dilemme comme suit : « Les études des cas de VIH sont plus difficiles à interpréter que les études des cas de sida, puisqu'il est impossible de connaître à quel point ceux qui ont obtenu le test sont représentatifs de l'ensemble de la population. Même les tendances, avec le temps, sont difficiles à interpréter, puisque les modifications à l'accès au dépistage, à l'accès à la thérapie, à l'efficacité perçue de la thérapie, aux règles liées aux déclarations et à d'autres facteurs peuvent avoir des effets sur l'empressement des personnes à obtenir un test de VIH. » [traduction libre]. Malgré ces difficultés, les données relatives aux tests de VIH déclarés peuvent être combinées aux données relatives au comportement face au dépistage, comme méthode d'estimation de l'incidence du VIH. Le Bureau de VIH/sida, des MTS et de la tuberculose à Santé Canada a utilisé cette méthode, entre autres, afin de produire des estimations de l'incidence du VIH au niveau national : le Bureau estime que 4 200 nouveaux cas d'infection à VIH ont eu lieu au Canada en 1996, ce qui représente une augmentation importante du nombre estimé de 2 500 à 3 000 nouveaux cas d'infection par année entre 1989 et 1994 ³¹². Les estimations de l'incidence du VIH en 1999 seront préparées par le Bureau à l'automne 2000; elles seront importantes pour répondre aux questions relatives au profil de l'épidémie actuelle au Canada et aussi à l'augmentation ou à la diminution du nombre de nouveaux cas d'infection au cours des dernières années.
- **Prévalence du VIH** : Il est à peu près hors de doute que la prévalence du VIH - le nombre de personnes atteintes du VIH/sida au Canada - ne cesse d'augmenter et que plus de personnes vivent plus longtemps avec le VIH/sida. Cette déduction provient du fait que le nombre de décès attribués au sida au Canada a diminué considérablement au cours des dernières années, en deçà du nombre estimé de nouveaux cas d'infection à VIH. Les estimations nationales les plus récentes sur la prévalence du VIH au Canada remontent à l'année 1996. Cette année-là, il a été estimé qu'entre 37 100 et 43 300 Canadiens et Canadiennes étaient atteints du VIH ³¹³ et que près de 15 000 personnes infectées par le VIH étaient vivantes mais non diagnostiquées à cette

date³¹⁴. Selon ces estimations, les HRSH comptaient pour 63 % de ceux qui sont actuellement atteints du VIH/sida, suivis des UDI (18 %) et des hétérosexuels (14 %). Les femmes comptaient pour 11,5 % des personnes atteintes du VIH en 1996. Malheureusement, aucune estimation n'a été préparée au sujet des Autochtones ou d'autres groupes vulnérables.

- **Évolution constante de l'épidémie :** Un plus grand nombre de tests séropositifs continue à être attribué aux HRSH qu'à n'importe quel autre groupe et les HRSH continuent de compter pour presque deux-tiers des personnes atteintes du VIH/sida. Il y a cependant une indication relativement forte que l'épidémie continue à évoluer, frappant surtout les HRSH à ses premiers stades et atteignant de plus en plus les autres groupes, y compris les hétérosexuels, les UDI, les Autochtones et les femmes. Diverses sources suggèrent que le pourcentage de nouveaux cas d'infection chez ces derniers groupes continue à augmenter et les estimations d'incidence les plus récentes (pour 1996) indiquent en fait un plus grand nombre de nouveaux cas d'infection chez les UDI que chez les HRSH. De plus, le nombre croissant d'hétérosexuels, de femmes, d'UDI, d'Autochtones et d'autres faisant partie des nouveaux cas d'infection laisse entendre que le nombre de personnes atteintes du VIH/sida continuera à être de plus en plus varié.
- **Morbidité et mortalité précoces :** Au 31 décembre 1999, on estimait que 18 860 cas de sida et 11 748 cas de décès attribués au sida avaient été déclarés au Canada. Cependant, il y a aussi une forte indication d'une diminution continue des cas de sida et des cas de décès attribués au sida au Canada (cette diminution a davantage eu lieu dans certaines communautés que d'autres). En 1999, environ 701 cas de sida et 106 décès attribués au sida ont été déclarés au Canada, par rapport à 1 562 cas de sida et 1 410 décès attribués au sida en 1995. Aucune indication suffisante n'existe pour déterminer si cette tendance à la régression peut être soutenue.
- **Questions relatives à la qualité de la vie :** Des renseignements d'actualité suggèrent que la qualité de la vie chez les personnes atteintes du VIH/sida semble s'améliorer. En même temps, de nouvelles questions relatives à la qualité de la vie surviennent du fait que plus de personnes vivent plus longtemps bien qu'elles soient atteintes du VIH.
- **Déterminants de la santé :** Un ensemble croissant de preuves laisse entendre que les membres de groupes démunis sur le plan socio-économique sont plus susceptibles que les membres de groupes plus favorisés de faire l'expérience de conditions de vie et de travail les rendant vulnérables à l'infection par le VIH, plus susceptibles de s'engager dans des activités liées à des risques, plus susceptibles de devenir séropositifs, moins susceptibles de suivre des schémas thérapeutiques complexes et plus susceptibles de mourir prématurément.

Il existe des données de départ imposantes permettant une surveillance continue de l'épidémie d'infection à VIH/sida au Canada. Les sources de données comprennent des systèmes nationaux de surveillance, des déclarations de tests séropositifs, des estimations attribuées à l'incidence et à la prévalence du VIH, des résultats d'études nationales à grande

échelle, des études ciblées liées à la prévalence et à l'incidence, des études communautaires (y compris l'étude de populations particulières), des rapports de cas de sida, des rapports sur les décès attribués au sida et des études des déterminants plus généraux de la santé.

En même temps, il y a de grandes lacunes dans la base d'information relative au VIH/sida au Canada et plusieurs questions d'actualité doivent être examinées davantage pour améliorer nos capacités à surveiller et à répondre aux variations de l'épidémie.

En particulier, on a besoin de ce qui suit :

- des améliorations continues en matière de mesure de l'incidence et de la prévalence du VIH. Les bases de données de surveillance et d'épidémiologie du Canada, même si leur envergure est impressionnante, varient considérablement dans leur niveau de précision, particulièrement d'un groupe à un autre. Les résultats des tests déclarés pour le VIH doivent être complétés par de meilleurs renseignements sur le comportement face au dépistage;
- des bases de données qui traduisent mieux l'évolution de l'épidémie. Il y a un besoin particulier pour de meilleurs renseignements sur les populations carcérales, les UDI, les femmes, les Autochtones et les membres d'autres communautés ethniques, raciales et culturelles;
- plus d'attention aux indicateurs intermédiaires et aux études d'évaluation sur les effets des activités de la SCVS (en particulier, les études visant les interventions dans les localités principales);
- de meilleurs renseignements sur le VIH/sida provenant d'études majeures nationales, telles que l'Enquête nationale sur la santé de la population, les Enquêtes régionales sur la santé des Premières nations et des Inuits et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes planifiée;
- plus d'attention aux principaux déterminants de la santé relatifs au VIH/sida, y compris le revenu, l'éducation, le logement et la sécurité; et
- des recherches supplémentaires relatives à la qualité de la vie chez les personnes atteintes du VIH/sida.

CONTEXTE : TENDANCES HISTORIQUES DU VIH/SIDA AU CANADA

La présente partie du chapitre fournit un aperçu des tendances épidémiologiques qui ont influencé l'élaboration de la nouvelle Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Comme il a été mentionné précédemment, cette information servira également de contexte pour la surveillance des effets et du succès de la Stratégie à l'avenir.

Bien que les rapports sur le VIH/sida fassent allusion à une épidémie « qui varie constamment », un examen des renseignements disponibles laisse entendre que l'épidémie au Canada a continuellement évolué, au moins au cours de la dernière décennie. Selon des rapports provenant de Santé Canada, depuis le début des années 1980 jusqu'à 1996, il y a une

baisse progressive et relativement continue dans la prédominance de nouveaux cas d'infection chez les HRSH, accompagnée par une augmentation dans les cas d'infection chez d'autres groupes vulnérables. En particulier :

- le pourcentage estimé de nouveaux cas d'infection chez les HRSH a diminué de plus de 80 % en 1981-1983 à 29,5 % en 1996;
- le pourcentage estimé de nouveaux cas d'infection chez les UDI a augmenté de moins de 10 % avant 1986 à 46,9 % en 1996; et
- le pourcentage estimé de nouveaux cas d'infection chez les femmes a augmenté de moins de 10 % avant 1986 à 22,6 % en 1996 ³¹⁵.

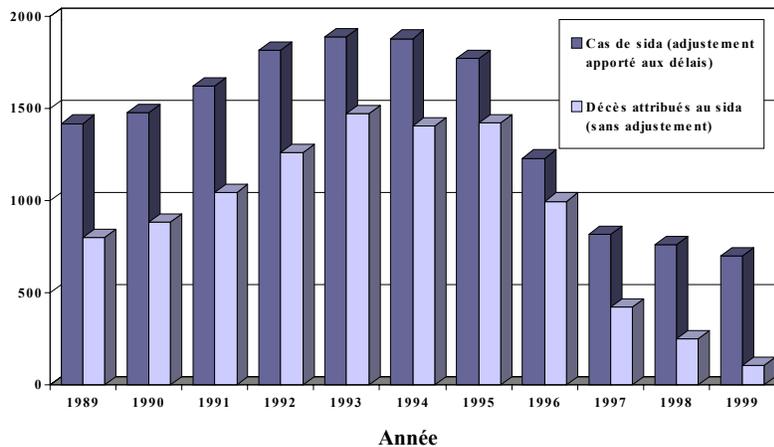
Ceci est confirmé par *Albert and Williams* qui, en 1998, ont décrit deux tendances importantes de l'épidémie canadienne. « La première augmentation importante de l'épidémie provenait de taux d'infection très élevés chez les HRSH et la deuxième, de taux d'infections très élevés chez les UDI... Les infections intensives chez les UDI n'ont probablement commencé qu'en 1985, au moment où, les infections chez les HRSH avaient déjà atteint leur point culminant. » ³¹⁶. [traduction libre].

Bien que les données sur le taux de cas d'infection soient moins abondantes chez d'autres groupes de population, des préoccupations ont été exprimées au cours de l'élaboration de la SCVS au sujet de la possibilité d'augmentations majeures des incidences du VIH/sida chez les Autochtones et les détenus ^{317, 318}.

Une autre tendance importante, illustrée à la figure 3, sont les régressions importantes dans les cas déclarés de sida et dans les décès attribués au sida au Canada au cours des dernières années. Malgré les limites de ces sources de données et des problèmes potentiels que pose la sous-déclaration (voir l'annexe 1), il est clair que le nombre annuel de cas de sida et de décès attribués au sida a diminué au cours des dernières années. Le nombre des diagnostics séropositifs a baissé de 1 889 (en 1993) à 701 (en 1999). Le nombre de décès déclarés attribués au sida a diminué aussi de 1 372 (en 1993) à 106 en 1999. Même après les ajustements apportés aux délais de déclarations, ces baisses sont importantes et elles sont attribuées en partie aux nouveaux régimes thérapeutiques antirétroviraux et peut-être aux efforts efficaces de prévention secondaires ^{319, 320}.

Image 3

Cas de sida déclarés et de décès attribués au sida
selon l'année, Canada 1989 - 1999



Source : Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 1999, Santé Canada, avril 2000.

TENDANCES NATIONALES ACTUELLES

Dans le cadre des tendances historiques mentionnées précédemment, la présente partie de ce chapitre décrit les tendances nationales actuelles du VIH/sida. Dans la mesure du possible, les mêmes sources de données (systèmes de surveillance nationaux, complétés de temps en temps par des données provenant d'études communautaires) ont été utilisées pour établir les tendances actuelles et historiques.

Malgré qu'il reste de l'incertitude à propos de la véritable incidence et prévalence du VIH, en particulier parmi certains groupes, il n'y a que peu d'évidence pour suggérer un revirement spectaculaire récent des tendances historiques. Les modifications de l'épidémie sont décrites en détail, plus loin dans le chapitre, pour mieux illustrer les principales tendances nationales et les défis qui en résultent.

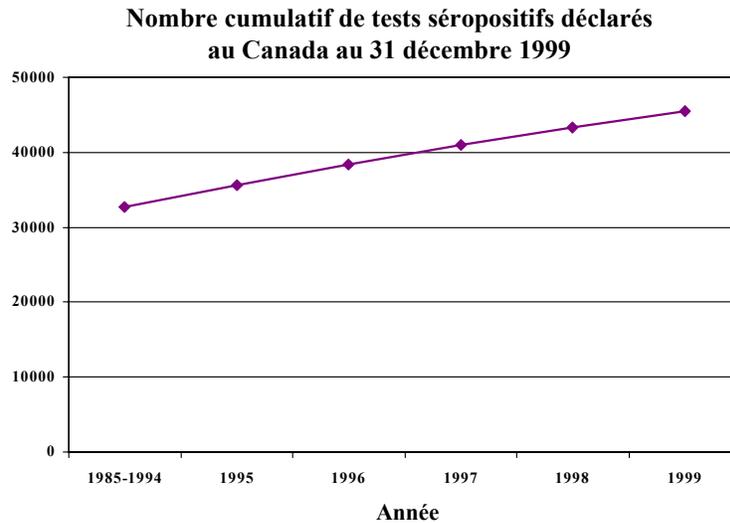
Tests séropositifs déclarés

Le nombre de tests séropositifs déclarés fournit une importante estimation sur le nombre et les caractéristiques des Canadiens et Canadiennes séropositifs connus. Il reflète le nombre de personnes qui ont obtenu le test, ont reçu un diagnostic et sont déclarées séropositives. Il est important de remarquer, et ce point reviendra dans les parties subséquentes, que le nombre connu de cas séropositifs ne fournit pas nécessairement, pour différentes raisons, une estimation exacte du nombre de personnes séropositives.

Un total cumulatif de 45 534 tests séropositifs décelés ont été déclarés au Canada au 31 décembre 1999 (voir figure 4). Environ 95 % des tests déclarés séropositifs, des cas déclarés de sida et des décès déclarés attribués au sida, au Canada, proviennent des quatre plus grandes provinces - l'Ontario, le Québec, la Colombie-Britannique et l'Alberta - qui,

ensemble, représentent 85 % de la population du Canada. À noter cependant que le nombre de diagnostics séropositifs déclarés provenant du Québec est une sous-estimation du nombre réel, car le processus de l'exclusion des déclarations doubles est encore en phase de mise au point. Donc le nombre de diagnostics séropositifs déclarés pour l'ensemble du Canada est une sous-estimation du nombre réel.

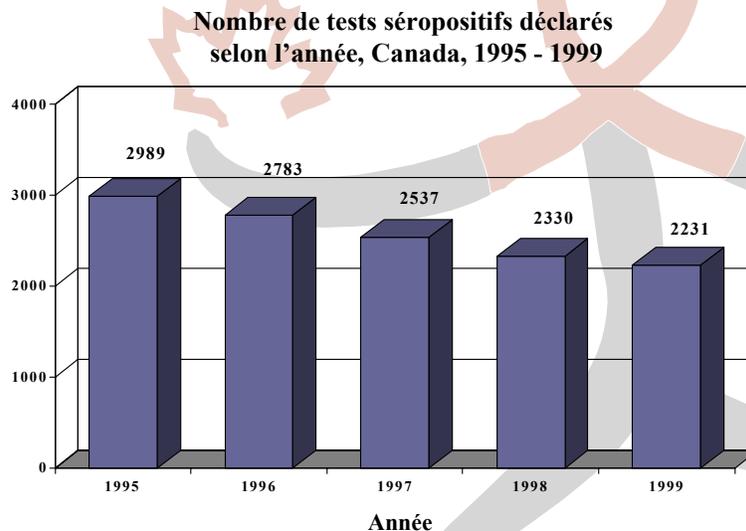
Image 4



Source : *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 1999, Santé Canada, avril 2000.*

Comme l'illustre la figure 5, le nombre de tests séropositifs semble ralentir ces dernières années. En 1995, 2 989 tests séropositifs ont été déclarés; au 31 décembre 1999, ce nombre a diminué à 2 231 tests séropositifs déclarés.

Image 5



Source : *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 1999, Santé Canada, avril 2000.*

LES POPULATIONS

On présume que la fréquence des tests pour le VIH varie chez différents groupes de population et selon le mode de transmission. La présente partie de ce chapitre fournit une brève description des tendances par rapport aux tests séropositifs au Canada :

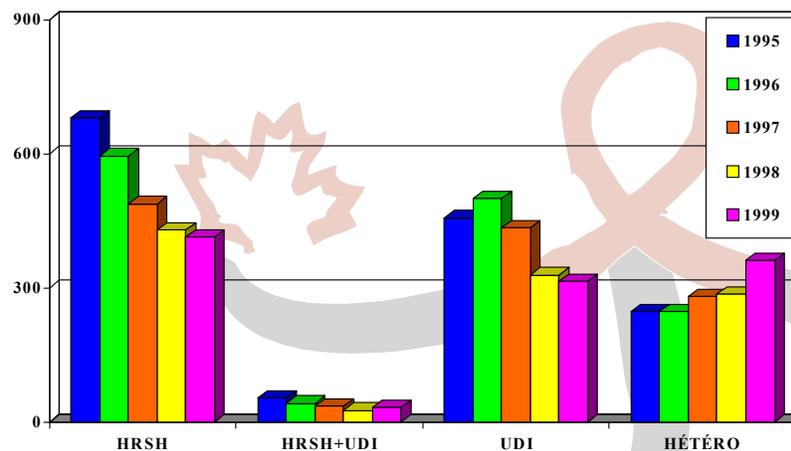
- par mode de transmission;
- chez les hommes et les femmes; et
- chez les Autochtones.

Mode de transmission

Les figures 6 et 7 fournissent des données sur le nombre et le pourcentage des résultats de tests séropositifs, par mode de transmission. Ces estimations doivent être traitées avec prudence puisque des variations dans le nombre de tests séropositifs peuvent refléter des variations de fréquence de tests chez certains groupes. De plus, l'information sur le mode de transmission, n'était pas disponible pour plus de la moitié des déclarations séropositives en 1999, l'année la plus récente pour laquelle nous disposons de données publiées³²¹.

Image 6

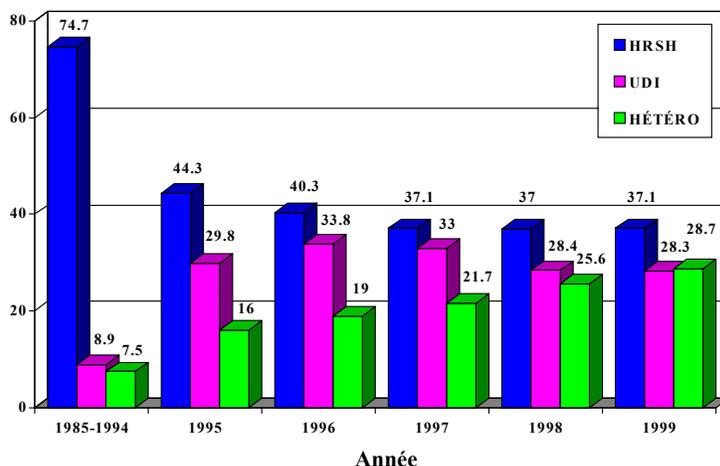
Nombre de tests séropositifs déclarés
selon le mode transmission, Canada, 1995 - 1999



Source : Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 1999, Santé Canada, avril 2000.

Image 7

**Pourcentage de tous les tests séropositifs déclarés,
populations choisies, Canada, 1985/1994-1999**



Source : *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 1999, Santé Canada, avril 2000.*

Le nombre de tests séropositifs déclarés par année a constamment baissé chez les HRSH, de 680 en 1995 à 413 en 1999. Cependant, ce nombre représente le taux le plus élevé de tests séropositifs effectués pour tout mode de transmission déclaré. Le nombre de l'ensemble des tests séropositifs chez les UDI a aussi diminué régulièrement pendant cette période, de 457 cas en 1996 à 315 cas en 1999³²². Jusqu'à un certain point, ces tendances coïncident avec une baisse majeure récente des taux d'incidences déclarées d'UDI pour les groupes de sujets exposés à Vancouver³²³. Les facteurs à l'origine de cette baisse apparente d'incidences de cas d'infection à VIH chez les UDI, en particulier à Vancouver, a été le sujet d'un débat considérable, qui a invoqué des explications telles que la « saturation » et le traitement d'entretien à la méthadone (TM)³²⁴.

Bien que le nombre de tests séropositifs chez les HRSH et les UDI ait diminué pendant cette période, le nombre de tests séropositifs attribués au contact hétérosexuel a augmenté régulièrement de 247 en 1995 à 361 en 1999.

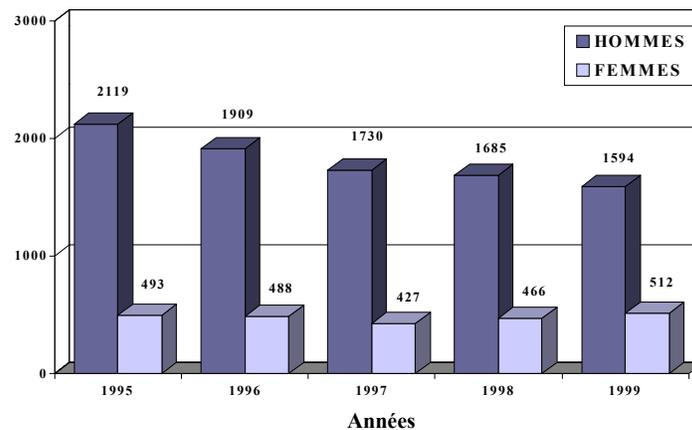
Malgré les restrictions inhérentes à l'utilisation de résultats de tests pour surveiller les variations de l'épidémie, ces résultats nous permettent de constater une évolution continue au cours des dernières années. Les HRSH représentaient 74,7 % de tous les résultats séropositifs de 1985 à 1994; par 1999, ce mode de transmission comptait pour 37,1 % de tous les tests séropositifs déclarés. Par contraste, les UDI représentaient 8,9 % de tous les tests séropositifs déclarés pendant la période entre 1985 et 1994, mais ce nombre a augmenté jusqu'à 33 % des nouveaux diagnostics en 1997, et jusqu'à 28,3 % en 1999. Les cas de transmission hétérosexuelle comptaient pour seulement 7,5 % des nouveaux cas d'infection déclarés entre 1985 et 1994, mais ce nombre a augmenté jusqu'à 28,7 % en 1999.

Hommes et femmes

Dans tous les cas, sauf pour à peu près 10 %, le sexe est indiqué dans les résultats déclarés des tests pour le VIH. Comme l'illustrent les figures 8 et 9, de 1995 à 1999, le nombre de tests séropositifs déclarés chez les hommes adultes a diminué de 2 119 à 1 594. Chez les femmes adultes, le nombre de tests séropositifs déclarés a en fait augmenté légèrement, de 493 en 1995 à 512 en 1999. Cependant, le pourcentage de tous les tests séropositifs attribués aux femmes a augmenté considérablement ces dernières années, de seulement 10 % entre 1985 et 1994, à 19 % en 1995 et à 24 % en 1999.

Image 8

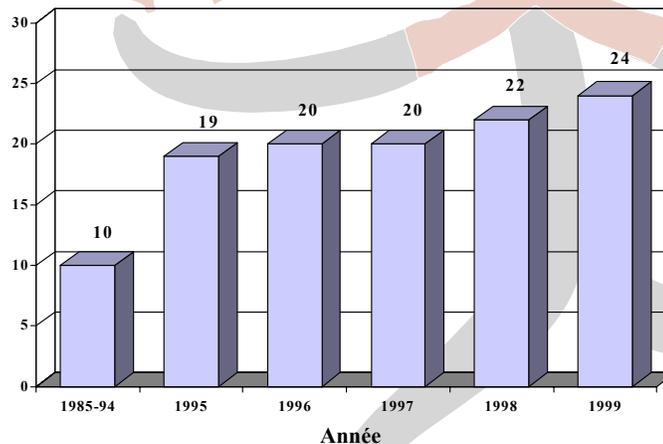
Hommes et femmes : Nombre de tests séropositifs déclarés selon l'année, Canada, 1995 - 1999



Source : Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 1999, Santé Canada, avril 2000.

Image 9

Femmes : Pourcentage de tous tests séropositifs déclarés, Canada, 1985/1994-1999



Source : Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 1999, Santé Canada, avril 2000.

Le mode de transmission a été enregistré dans un peu plus de la moitié des tests séropositifs attribués aux femmes en 1999 ³²⁵. Dans 49,9 % de ces cas, le mode de transmission était le contact hétérosexuel, une augmentation considérable du 35,2 % déclaré en 1995. Pour la même période, il y avait une baisse légère du nombre de tests séropositifs chez les UDI, de 53,9 % en 1995 à 46,1 % en 1999.

Chez les hommes séropositifs dont le mode de transmission a été enregistré, 48,5 % de nouveaux cas d'infection en 1999 se trouvaient chez les HRSR — une baisse considérable de 55,1 % de cas déclarés en 1995. Un autre 22,9 % de nouveaux cas d'infection chez les hommes en 1999 était attribué aux UDI et 3,8 % à la catégorie combinée des HRSR+UDI, comparativement à 24 % et 4 %, respectivement, en 1995. En 1999, 22,1 % des nouveaux cas d'infection chez les hommes étaient attribués au contact hétérosexuel, une augmentation considérable du 11,5 % en 1995.

Les Autochtones

Il y a une pénurie d'information flagrante dans les résultats de tests chez les membres de différentes communautés culturelles, raciales ou ethniques au Canada et ce fait s'applique aussi aux Autochtones. Des données nationales sur les résultats des tests séropositifs chez les Autochtones au Canada sont rares et elles sont présentement en cours de mise au point. Cependant, de récentes données sur les cas d'infection à VIH diagnostiquées provenant des provinces et des territoires qui déclarent des renseignements ethniques (la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Yukon, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve) révèlent que le pourcentage attribué aux Autochtones a augmenté de 19,4 % en 1998 à 24,8 % en 1999 ³²⁶.

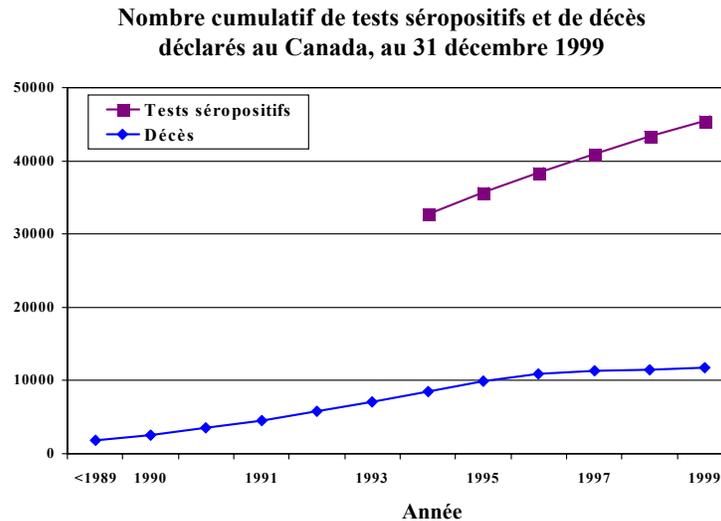
PRÉVALENCE DU VIH

La prévalence du VIH fait allusion au nombre ou au pourcentage de personnes dans un groupe de population vulnérable particulier, qui ont été infectées par le VIH à un moment donné. Les personnes qui ont eu une infection asymptomatique à VIH et celles qui sont diagnostiquées avec une maladie indicative du sida font généralement partie de ce nombre.

La prévalence du VIH reflète le nombre de personnes atteintes actuellement du VIH/sida, c'est-à-dire, le nombre de personnes infectées par le VIH au cours de l'épidémie, moins celles qui sont décédées (sans tenir compte de la cause du décès). De telles données fournissent un indicateur du fardeau du VIH chez différentes sous-populations et dans quelle mesure le VIH s'est répandu dans cette population tout au long de l'épidémie. Ces estimations sont aussi pertinentes pour les questions relatives aux soins, aux traitements et au soutien ³²⁷. Aussi, du point de vue du contrôle de l'épidémie, l'ampleur de la population atteinte a un effet sur la probabilité d'une plus grande propagation du virus au sein de la population ³²⁸.

La véritable prévalence du VIH au Canada n'est pas connue. Le nombre de personnes ayant obtenu des résultats séropositifs ne cesse d'augmenter à un taux plus rapide que le nombre connu de décès (figure 10). Ce fait suggère que la prévalence du VIH au Canada continue à croître.

Image 10



Source : Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 1999, Santé Canada, avril 2000.

Cependant, comme il a été décrit à l'annexe 1, il y a d'importantes restrictions quant à l'utilisation des résultats de tests séropositifs et des déclarations de décès lors de l'estimation de la prévalence du VIH. Pour plusieurs raisons, Santé Canada ne recommande pas que la différence entre les cas séropositifs déclarés et les décès attribués au sida soit utilisée pour calculer le nombre total de personnes atteintes du VIH/sida. Premièrement, comme il a été noté précédemment, les résultats de tests séropositifs ont tendance à sous-estimer considérablement le nombre de personnes séropositives. De la même façon, les décès déclarés ont tendance à sous-estimer le nombre de personnes séropositives qui sont mortes d'une cause attribuable au sida.

Des rapports, fondés sur des données jusqu'à 1996 et provenant du Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada et du Réseau canadien de recherche en politiques publiques, illustrent, de manière remarquable, l'envergure des sous-déclarations. À la fin de 1996, quelque 39 000 personnes avaient obtenu des résultats séropositifs (après des ajustements apportés aux doubles tests). On estime que 13 000 à 15 000 de ces personnes étaient décédées de causes attribuées au sida (encore, après des ajustements apportés aux délais de déclaration et aux sous-déclarations). Ainsi, selon sur ces déclarations, on estime que 24 000 à 26 000 de ces 39 000 personnes vivaient avec le VIH/sida à la fin de 1996, et savaient qu'elles étaient infectées³²⁹.

Santé Canada a estimé qu'environ 15 000 cas d'infection à VIH ont pu ne pas être diagnostiqués ou déclarés en 1996³³⁰. En tenant compte de ces nombres, Santé Canada a estimé que 37 100 à 43 300 Canadiens et Canadiennes étaient séropositifs en 1996^{331, 332}. À partir des tendances sous-jacentes qui ont été notées précédemment dans ce chapitre, il y a de bonnes raisons de croire que la prévalence du VIH au Canada a continué à augmenter depuis ces études en 1996. L'examen de ces estimations imputées serait une importante contribution aux rapports de surveillance à l'avenir.

Prévalence du VIH chez différentes populations

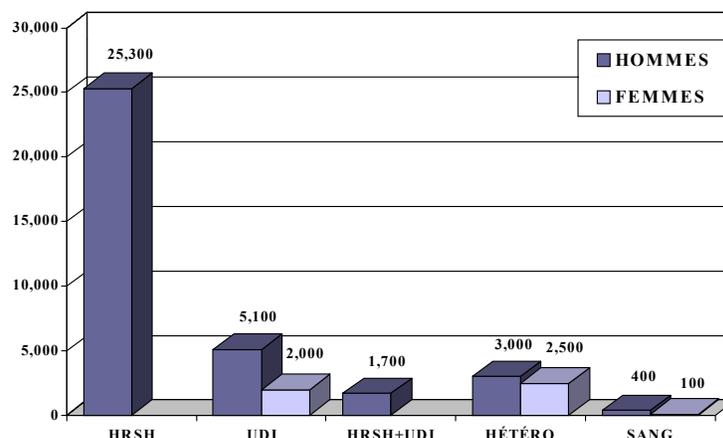
Comme il a été noté précédemment, les données historiques ont révélé un changement progressif dans l'épidémie de VIH/sida, d'une maladie qui frappait d'abord les HRSH mais qui rejoint maintenant plusieurs autres groupes, en particulier les UDI, les Autochtones, les femmes et les populations carcérales. Malgré les incertitudes dans les données, il semble que l'incidence et la prévalence du VIH touchent de plus en plus les membres de ces derniers groupes.

La qualité de l'information disponible pour surveiller l'évolution de l'épidémie varie de manière dramatique. Jusqu'à un certain point, cela semble refléter des variations dans les taux où les membres de différents groupes subissent des tests pour le VIH. Un ensemble croissant de documentation indique plusieurs raisons pour ces variations (les résultats de ces études sont décrits en détail à l'annexe 1)^{333, 334, 335, 336}. De toute manière, il y a un besoin évident pour plus de recherche sur la question du dépistage à cause de ses effets sur la prévention, l'intervention précoce, les soins, les traitements et le soutien, et sur la capacité du Canada à estimer l'ampleur et les caractéristiques de l'épidémie de VIH/sida dans ce pays.

Les plus récentes estimations sur la prévalence du VIH chez différents groupes de population proviennent des estimations imputées de Santé Canada de 1996, décrites précédemment (voir la figure 11). D'après cette analyse, en 1996, les hommes représentaient quelque 88,5 % des Canadiens atteints du VIH et les femmes 11,5 %. Le plus important groupe de population était constitué des HRSH (un nombre estimé de 25 300 cas ou 63,1 % du total), suivi des UDI (7 100 cas ou 17,7 % du total), les hétérosexuels non-UDI (5 500 cas ou 13,7 % du total), les HRSH-UDI (1 700 cas ou 4,2 % du total) et les receveurs de sang ou de facteur de coagulation (500 cas ou 1,3 % du total). Aucune estimation sur la prévalence du VIH chez les Autochtones ou chez d'autres groupes culturels, raciaux ou ethniques n'a été préparée.

Image 11

Taux de prévalence estimé du VIH au Canada
par groupe de population, 1996



Source : Prévalence et incidence du VIH au Canada. Santé Canada : Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, mai 1999.

Dans le cas des femmes, le contact hétérosexuel représentait une estimation de 54 % des infections, dont 43 % sont attribuées aux UDI et le reste (3 %) à la réception de sang ou au facteur de coagulation. Quelques études communautaires de la prévalence du VIH visent particulièrement les femmes; la plupart des estimations sur la prévalence du VIH chez les femmes proviennent de sous-études d'autres groupes, tels que les UDI, les Autochtones, les travailleurs du sexe, les jeunes de la rue et plus récemment les femmes enceintes.

Chez les HRSH, une étude nationale effectuée par *Myers et al* au début des années 1990 a indiqué que 65 % des HRSH ont subi un test pour le VIH. Les taux de prévalence autodéclarés étaient de 18,2 % à l'échelon national, 23 % à Vancouver, 27 % à Toronto et 21 % à Montréal. Cependant, pour autant que les auteurs le sachent, cette étude n'a pas été répétée ³³⁷.

Plusieurs études communautaires ont indiqué des accroissements réguliers dans la prévalence du VIH, en particulier parmi les UDI habitant les quartiers centraux des villes. Par exemple, à Montréal, la prévalence du VIH chez les UDI a augmenté de 5 % avant 1988 à 19,5 % en 1997. À Vancouver, la prévalence du VIH a augmenté de 4 % en 1992-1993 à 23 % en 1996-1997, et à Toronto, la prévalence a augmenté de 4 % en 1991-1992 à 9,5 % en 1996-1997. Des études menées en rapport avec les programmes d'échange de seringues indiquent les mêmes résultats, avec une augmentation de 10,8 % dans la prévalence du VIH chez les participants aux programmes d'échange de seringues à Ottawa entre 1992-1993 et 1996-1997 ^{338, 339}. Dans des études plus récentes (1998), la prévalence du VIH chez les UDI a été estimée à 18 % à Montréal, 20 % à Ottawa, 28 % à Vancouver et 13 % à Winnipeg ^{340, 341, 342}.

Plusieurs études ont été menées sur la prévalence du VIH chez les populations autochtones. Les taux de prévalence du VIH pour ce groupe de population varie beaucoup selon chaque endroit, allant de 0,4 % à 29,7 % dans diverses localités à Vancouver (c.-à-d. centres de traitement contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, établissements de correction, programmes d'échange de seringues), 2,1 % dans les cliniques des MTS en Alberta, 7,9 % sur les réserves en Ontario (déclaration provenant des intéressés), 13,4 % chez les UDI autochtones à Winnipeg et 1,4 % à Montréal chez les jeunes de la rue^{343, 344, 345, 346}.

Parmi les détenus sous responsabilité fédérale, le nombre de cas de VIH/sida déclarés a augmenté de 14 en janvier 1989, à 159 en mars 1996 et à 200 en avril 1999. Ceci signifie que plus de 1 % de tous les détenus dans les institutions fédérales sont séropositifs^{347, 348}.

Il faut insister qu'il s'agit de cas connus et que l'importance des sous-déclarations dans les institutions n'est pas claire. Par exemple, une étude menée par *Ford et al* à l'Établissement de Joyceville, a conclu que 1,7 % des détenus qui ont participé à l'étude étaient séropositifs (par rapport à 1 % en 1995) et que 33 % ont obtenu des résultats positifs pour l'hépatite C (par rapport à 28 % en 1995). Il est même probable que ces chiffres sous-estiment l'ampleur du problème, puisque un détenu sur trois a refusé de participer à l'étude³⁴⁹.

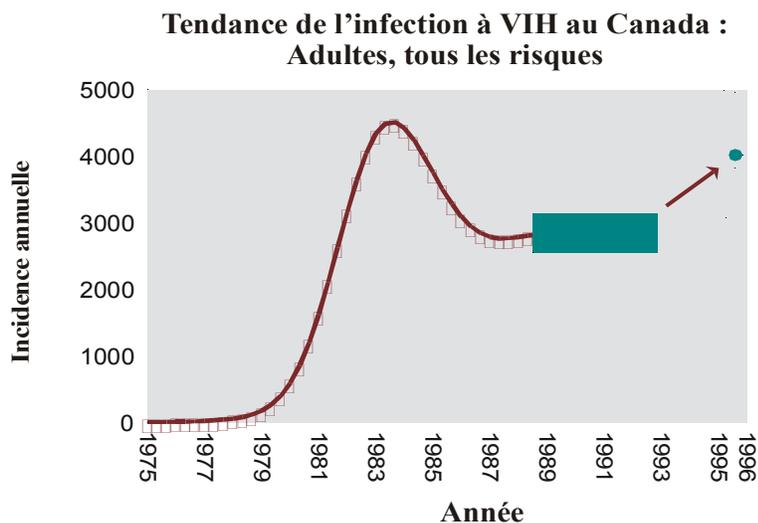
Des études menées auprès des détenus dans les institutions provinciales ont indiqué des taux de séroprévalence 10 fois plus élevés que pour l'ensemble de la population, allant de 1 % à 7,7 %³⁵⁰. Il est donc évident que l'ampleur du problème du VIH/sida chez les populations carcérales reste très mal documentée au Canada.

INCIDENCE DU VIH

L'incidence du VIH fait allusion au taux des cas d'infection à VIH qui ont eu lieu dans une période donnée. Elle est donc un indicateur important de la dynamique actuelle de l'épidémie³⁵¹. Les estimations de l'incidence du VIH peuvent appuyer les initiatives de prévention et de soins, les traitements et les programmes de soutien.

Comme il a été mentionné précédemment, le nombre de tests séropositifs obtenus ne représente pas l'incidence du VIH. Plusieurs méthodes ont été conçues pour estimer l'incidence du VIH.³⁵² De 1975 à 1989, la méthode de rétrocalcul de nouveaux cas d'infection déclarés de sida a été utilisée, mais les nouveaux traitements qui prolongent la période entre l'infection à VIH et le sida empêchent actuellement l'utilisation de cette méthode. D'autres méthodes ont été utilisées pour estimer le nombre moyen annuel de cas d'infection à VIH pour les années 1989 à 1994 comme un ensemble (illustré en bloc à la figure 12) et pour l'année 1996. Ces estimations plus récentes combinent les données provenant de la surveillance du VIH/sida, des statistiques de l'état civil, des études épidémiologiques et des études sur le comportement face au dépistage en utilisant une méthode de triangulation pour maximiser l'utilisation des renseignements disponibles.

Image 12



Bureau du VIH/sida, des MTS et du LLCM, juillet 1997

Selon les estimations, 4 200 nouveaux cas d'infection à VIH ont été déclarés au Canada en 1996. Ce nombre est inférieur au nombre annuel maximal de 5 000 ou plus de cas d'infection à HIV au milieu des années 1980, mais supérieur aux 2 500 à 3 000 cas d'infection annuels estimés pour la période entre 1989 et 1994. À noter qu'il y avait seulement 2 783 déclarations de tests séropositifs en 1996.

L'incidence du VIH chez différents groupes de population

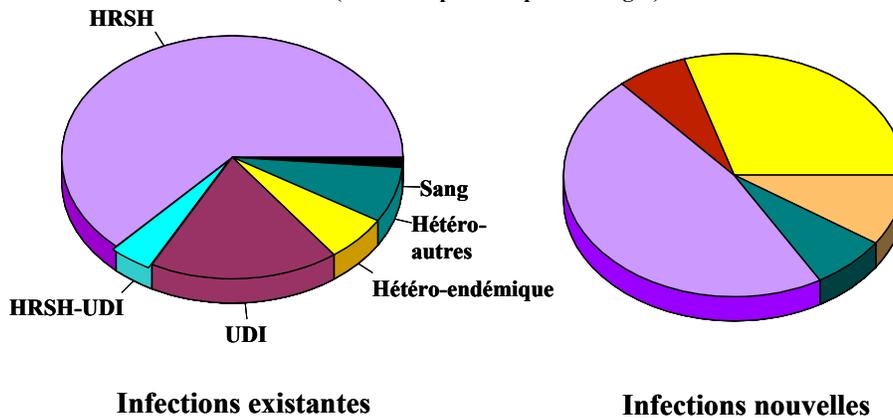
Dans la présente partie du chapitre, on présente une brève description de l'incidence du VIH estimée au Canada, par mode de transmission, chez les hommes et les femmes, et chez les Autochtones. Elle sera suivie d'une brève discussion des aspects prénataux et périnataux de la transmission du VIH.

Les tendances selon le mode de transmission et le sexe

En 1996, le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH au Canada a été estimé à 4 200³⁵³. Comme l'indique le tableau 7, un total de 1 240 (29,5 %) de nouveaux cas d'infection se sont déclarés chez les HRSH, 290 (6,9 %) chez les HRSH-UDI, 1 970 (46,9 %) chez les UDI et 700 (16,7 %) chez les hétérosexuels. La figure 13 illustre les différences dans la répartition selon la catégorie d'exposition entre les cas existants (ceux atteints du VIH, dont plusieurs ont été infectés il y a des années) et les nouveaux cas (ceux qui viennent d'être infectés en 1996). Dans les cas d'infection existante plus ancienne, ce sont les HRSH qui occupent la première place, alors que ce sont les UDI qui prédominent parmi les nouveaux cas d'infection.

Image 13

Répartition des catégories d'exposition pour les infections existantes et les nouvelles infections à VIH, Canada, 1996
(voir texte pour les pourcentages)



 Bureau de VIH/sida, des MTS et tuberculose

Tableau 7: Estimations ponctuelles et intervalles de variation (intervalle de confiance à 95 %) pour le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH au Canada à la fin de 1996, selon la catégorie d'exposition et le sexe

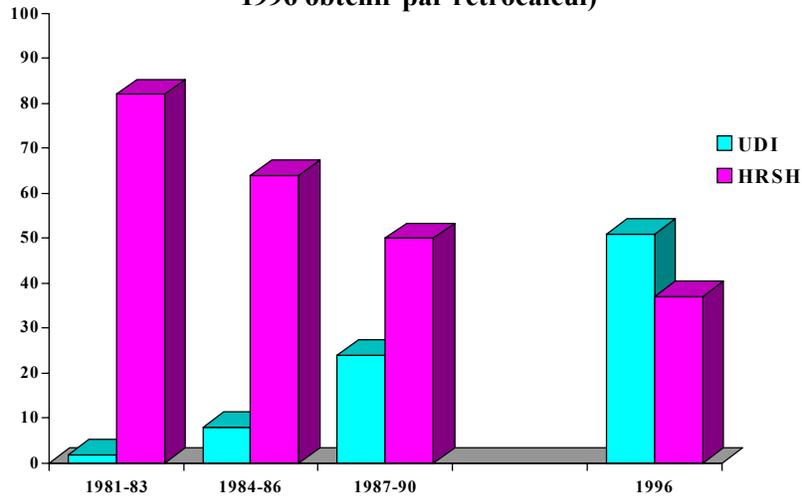
	HRSH	HRSH-UDI	UDI	Hétéro	Sang/ Coagulation	Total
Hommes et femmes	1 240	290	1 970	700	0	4 200
IC à 95 %	1 050 - 1 460	230 - 370	1 600 - 2 400	540 - 910		3 700 - 4 750
Femmes	0	0	600	350	0	950
IC à 95 %			460 - 770	260 - 475		780 - 1 150

Source : Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose LLCM, Santé Canada, mai 1999.

Une illustration plus précise de cette variation dans l'épidémie d'infection à VIH au Canada est fournie à la figure 14a, qui donne un aperçu du pourcentage d'HRSH et d'UDI chez les nouveaux cas infectés pour différentes périodes. Depuis le début de l'épidémie d'infection à VIH au Canada, le pourcentage d'HRSH parmi les nouveaux cas d'infection n'a pas cessé de diminuer, passant de plus de 80 % en 1981-1983 à 29,5 % en 1996. Récemment, le pourcentage des nouveaux cas d'infection chez les UDI a connu une forte augmentation, passant de moins de 10 % avant 1986 à 24 % en 1987-1990 et à 46,9 % en 1996.

Image 14a

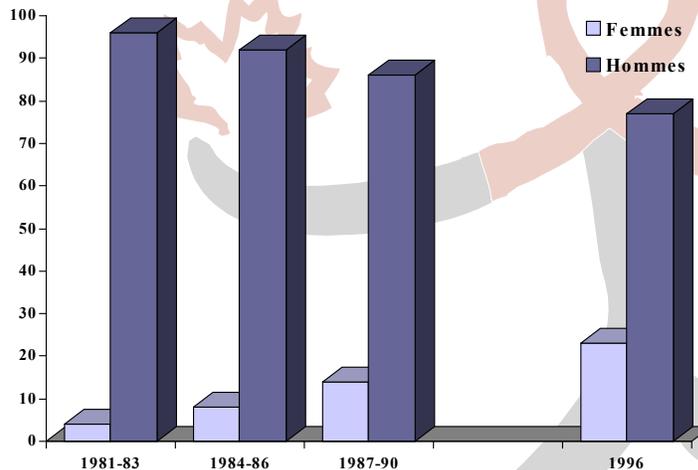
Pourcentage d'UDI et d'HRSH parmi les nouveaux cas d'infection à VIH au Canada, selon la période (résultats avant 1996 obtenir par rétrocalcul)



Selon les estimations, 4 600 femmes étaient atteintes du VIH à la fin de 1996, et les femmes comptaient pour 22,6 % des nouveaux cas d'infection à VIH au Canada en 1996, soit une augmentation par rapport à moins de 10 % avant 1986 et à 14 % en 1987-1990 (figure 14b).

Image 14b

Pourcentage de femmes et d'hommes nouvellement infectés au Canada selon la période (résultats avant 1996 obtenir par rétrocalcul)



En résumé, l'incidence estimative de 4 200 cas en 1996 est inférieure à l'incidence maximale annuelle estimée à environ 5 000 à 6 000 cas au milieu des années 1980 (estimation par rétrocalcul), mais supérieure à l'estimation précédente, qui était de 2 500 à 3 000 par année pour la période 1989-1994³⁵⁴. Une bonne part de cette augmentation récente du nombre de cas d'infection à VIH semble être survenue chez les UDI, qui représentent maintenant près de la moitié de tous les nouveaux cas d'infection. Cependant, les HRSH représentent toujours une part importante des nouveaux cas d'infection et les données disponibles semblent également indiquer que le nombre d'infections à VIH chez les hétérosexuels non-UDI (en particulier les femmes) augmente.

Les Autochtones

Il n'y a aucune estimation disponible relative à l'incidence du VIH chez les Autochtones du Canada, bien que les estimations de 1999 qui seront produites par le Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose à l'automne 2000 comprendront de pareilles estimations. Les données relatives à l'incidence du VIH chez les Autochtones en sont aux premiers stades d'élaboration. Cependant, les données préliminaires indiquent des raisons de s'inquiéter, en particulier du fait que les Autochtones comptent pour la majorité des UDI, les détenus et ceux qui sont démunis sur le plan socio-économique³⁵⁵.

Le déclin général du nombre de cas de sida déclarés ces dernières années n'a pas eu lieu chez les Autochtones. Le pourcentage des cas de sida chez les Autochtones (où l'appartenance ethnique est connue) a augmenté de 2 % avant 1989, à plus de 10 % en 1996-1997 et à 15 % en 1998-1999³⁵⁶.

Des données provenant de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et de l'Alberta indiquent que le pourcentage de nouveaux cas d'infection à VIH diagnostiqués chez les Autochtones ont varié de 15 % et 26 % (dans différentes périodes entre 1993 et 1998)^{357, 358}. De plus, des données récentes relatives à des cas diagnostiqués d'infection à VIH provenant de provinces et de territoires qui déclarent les origines ethniques (la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Yukon, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard) ont montré que les Autochtones comptaient pour 19,4 % en 1998 et 24,8 % en 1999³⁵⁹. De plus, des comparaisons ont montré que les Autochtones diagnostiqués avec le VIH sont plus jeunes, probablement des femmes et probablement des UDI. Donc, malgré les indications selon lesquelles l'ampleur du problème du VIH semble croître chez les Autochtones au Canada, on doute beaucoup de la nature et de la portée exactes du problème. Les méthodes et les systèmes de collecte de données nationales ne répondent pas assez rapidement à cette évolution dans l'épidémie et les estimations relatives à l'incidence et à la prévalence de cas d'infection à VIH chez les Autochtones se révéleront utiles aux déclarations à l'avenir.

Prénatal et périnatal

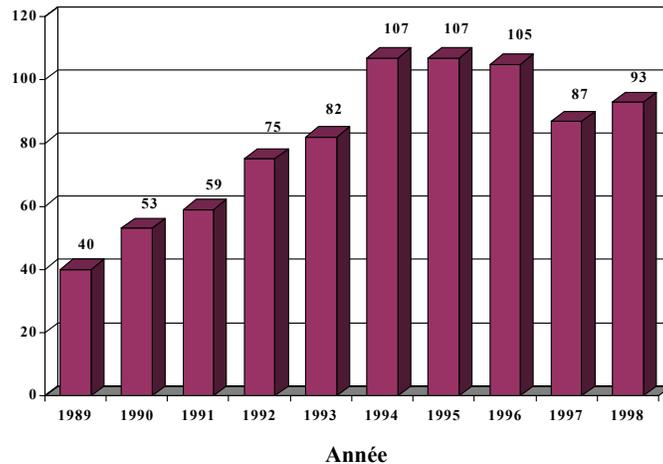
Comme nous l'avons mentionné précédemment, le pourcentage de nouveaux cas d'infection à VIH déclarés chez les femmes ne cesse d'augmenter. Les preuves semblent indiquer que cette augmentation peut être très rapide chez certains sous-ensembles de jeunes femmes démunies sur le plan socio-économique^{360, 361, 362}.

Le Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants (GCRSE) surveille les cas de nourrissons exposés à une transmission périnatale du VIH. Au total, des 765 nourrissons exposés au VIH par l'entremise de leur mère entre 1989 et 1998, on en dénombre 232 chez qui l'infection

a été confirmée et 61 dont le statut sérologique est indéterminé (ces cas font l'objet d'un suivi). À l'échelle nationale, au cours de la dernière décennie, le nombre d'enfants nés de mères séropositives a augmenté progressivement (voir la figure 15). Il reste à déterminer s'il s'agit d'une tendance bien fondée ou d'une augmentation du nombre de tests de VIH subis par les femmes enceintes. Il est aussi important de souligner, encore une fois, les limites découlant d'estimations de la prévalence et de l'incidence à partir de résultats de tests séropositifs. Malheureusement, des estimations sur l'incidence et la prévalence n'ont pas encore été produits pour représenter les changements dans les modes d'analyse.

Image 15

**Nombre déclaré de nourrissons exposés au VIH
in utero, selon l'année, Canada, 1989-1998**



Source : *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 1998, Santé Canada, avril 1999.*

Par exemple, *Remis* (1999) déclare que les taux de tests de dépistage du VIH chez les femmes enceintes en Ontario a augmenté d'environ 50 % entre 1992 et 1998, tandis que le taux de tests de dépistage chez les hommes n'a pas changé. De plus, ce sont les femmes âgées de 15 à 39 ans presque exclusivement qui ont demandé le plus de tests de dépistage en Ontario. De manière semblable, les données provenant du Québec montrent une augmentation remarquable entre 1997 et 1999 du nombre de médecins qui ont offert ou prescrit des tests de dépistage aux femmes enceintes^{363, 364}. Il reste toujours des questions en ce qui concerne les sous-ensembles de femmes qui se caractérisent par un mode de vie et par des conditions de travail à risque élevé et la probabilité de tests de dépistage du VIH dans ces sous-ensembles de la population³⁶⁵. Une étude sur tous les centres pédiatriques au Canada a trouvé qu'entre 1995 et 1997, 19 % des femmes déclarées séropositives au moment de l'accouchement étaient des Autochtones³⁶⁶.

CAS DE SIDA DÉCLARÉS

Le nombre des cas de sida déclarés peut aussi être utilisé pour illustrer que la dynamique d'infection par VIH/sida évolue. Depuis le 31 décembre 1999, un nombre estimé de 18 860 cas de sida ont été déclarés au Canada. Il en résulte que le taux cumulatif de cas de sida au Canada était de 618 par million de personnes. Ceci place le Canada environ au centre des pays industriels

où les taux cumulatifs varient d'un nombre élevé de 2 392 cas par million de personnes aux États-Unis à un nombre moins élevé de 14,2 cas par million de personnes au Japon. Si l'on compare les pourcentages par province, les cas de sida déclarés et les décès déclarés attribuables au sida sont environ proportionnels à la population de chaque province, à l'exception du Québec, qui déclare 33 % du total des cas mais qui ne compte que 24 % des Canadiens et Canadiennes.

Comme le montre la figure 3, le nombre de cas de sida déclarés annuellement au Canada a diminué progressivement au cours des dernières années, de 1 889 en 1993 à 701 en 1999. Cette baisse peut être attribuée en partie aux régimes de traitements améliorés qui retardent ou préviennent l'apparition du sida.

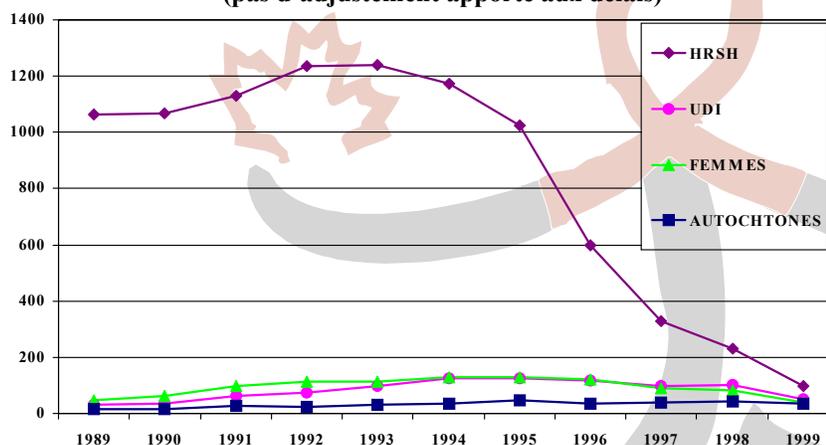
Une question importante - dont il n'existe que peu de données actuellement - c'est jusqu'à quel point ces réductions peuvent être soutenues. Tout en reconnaissant que l'apparition retardée du sida est un progrès positif et important, cela signifie que le nombre de personnes atteintes du VIH au Canada continue à augmenter. Les effets à long terme de ces tendances pour les soins, les traitements et le soutien, ainsi que pour les changements futurs dans la morbidité et la mortalité, ne sont pas encore connus.

Cas de sida déclarés chez d'autres populations

Selon la figure 16, le nombre annuel de cas de sida déclarés a diminué pour la plupart des groupes, au cours des dernières années, mais particulièrement chez les HRSH. Comme le pourcentage de cas de sida déclarés chez les HRSH a diminué, le pourcentage attribué aux contacts hétérosexuels, aux UDI, aux femmes et aux Autochtones a augmenté (voir la figure 17).

Image 16

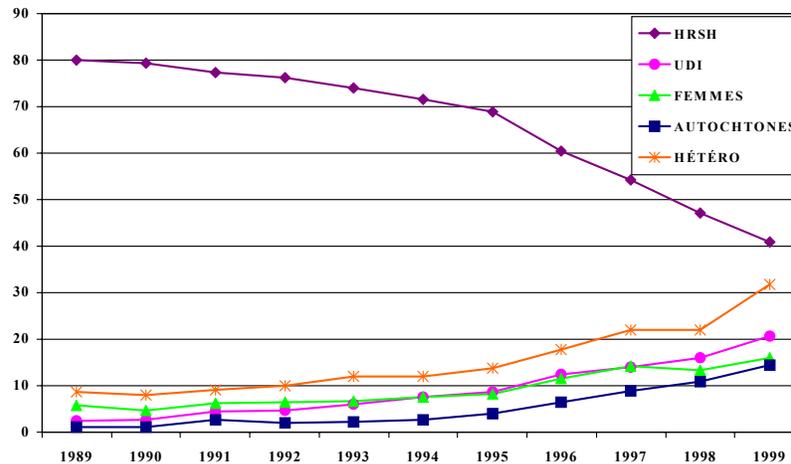
Nombre de cas de sida déclarés selon le group de population, Canada, 1989-1999 (pas d'ajustement apporté aux délais)



Source : Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 1998, Santé Canada, avril 1999.

Image 17

Répartition du pourcentage des cas de sida déclarés selon le groupe de population, Canada, 1989 - 1999



Source : Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 1998, Santé Canada, avril 1999.

Les HRSH comptaient pour 79,9 % des cas de sida déclarés en 1989, comparativement à 69 % en 1995 et à 40,9 % en 1999. En même temps, le pourcentage de cas de sida attribué aux UDI a augmenté de 2,5 % en 1989, à 8,4 % en 1995 et à 20,7 % en 1999. Le pourcentage de cas de sida déclarés attribué aux contacts hétérosexuels a aussi augmenté progressivement au cours de cette période, de 8,6 % en 1989, à 14,8 % en 1995 et à 31,8 % en 1999.

Le pourcentage de nouveaux cas de sida a aussi augmenté chez les femmes et les Autochtones entre 1995 et 1999. Les femmes comptaient pour 5,8 % des diagnostics de sida déclarés en 1989, 8,3 % en 1995 et 16,5 % en 1999. Les données sur le pourcentage de diagnostics de sida pour les Autochtones étaient moins fiables à cause de problèmes liés aux déclarations selon l'appartenance ethnique³⁶⁷. Cependant, dans les cas où les origines ethniques ont été déclarées, les Autochtones ont compté pour 1,2 % des diagnostics de sida déclarés en 1989, 4,1 % en 1995 et 14,4 % en 1999.

Des données limitées sont disponibles en ce qui concerne la répartition des cas de sida par origine ethnique. En 1999, l'année la plus récente pour laquelle ces données sont disponibles, ceux dont l'origine ethnique a été classée comme « Blancs » ont compté pour 64 % des nouveaux diagnostics de sida; 14 % ont été classés comme « Autochtones »; 13 % comme « Noirs » et 4 % comme « Latino-Américains ». Cependant, il faut insister sur le fait que les données relatives aux déclarations selon l'appartenance ethnique connaissent d'importantes limites, y compris mais sans en exclure d'autres, les classifications erronées, les non-divulgations, les variations dans les déclarations et les partialités dans le classement qui peuvent donner pour résultats des sous-représentations systématiques des communautés particulières.

Déclaration de décès attribués au sida

Des 16 236 personnes atteintes du sida au Canada au 31 décembre 1998, 71 % (11 525) étaient décédées. Il faut insister sur le fait que, pour plusieurs raisons, les décès attribués au sida tendent à être sous-déclarés (voir l'annexe 1 pour des détails). En particulier, les retards dans les déclarations ont tendance à donner lieu à des sous-estimations considérables pour les années les plus récentes. Cependant, le nombre de décès déclarés causés par cette maladie a diminué considérablement ces dernières années. En 1999, seuls 106 décès attribués au sida ont été déclarés par rapport à 1 410 en 1995, une baisse de 92,5 %. Il reste à savoir si cette tendance peut être soutenue dans les années à venir. Plus de recherches sont nécessaires aussi pour savoir jusqu'à quel point les membres de différents groupes ont profité de ces tendances³⁶⁸. Cette dernière question est traitée brièvement dans la prochaine partie de ce rapport.

DÉTERMINANTS PLUS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ

Comme c'est le cas dans d'autres secteurs de la santé publique, il y a lieu de croire que plusieurs des groupes de population les plus vulnérables au VIH/sida ont tendance à être démunis sur le plan économique et peuvent manquer les « conditions préalables pour la santé » indiquées dans la Charte d'Ottawa, telles que le revenu suffisant, l'éducation, la nourriture, le logement, la sûreté et la sécurité^{369, 370}.

Les risques pour la santé disproportionnés qu'envisagent les populations vulnérables au Canada commencent à peine à être documentés. Dans le secteur du VIH/sida, plusieurs études récentes ont porté sur ces déterminants plus généraux de la santé, en ce qu'ils correspondent aux populations vulnérables, y compris les personnes sans foyer, les jeunes de la rue, les Autochtones, les UDI, les travailleurs du sexe, les détenus et autres groupes fréquemment marginalisés^{371, 372, 373}.

Ces études laissent entendre que les membres de groupes démunis sur le plan socio-économique sont plus susceptibles que les membres de groupes plus favorisés d'avoir des conditions de vie et de travail qui les rend vulnérables à l'infection par le VIH, plus susceptibles de s'engager dans des activités liées à des risques, plus susceptibles de devenir séropositifs, moins susceptibles de suivre des schémas thérapeutiques complexes et plus susceptibles de mourir prématurément que les autres membres de groupes plus favorisés.

Des rapports provenant de *Strathdee* et d'autres indiquent de façon convaincante que la probabilité de décès attribués au sida est fermement influencée par des facteurs socio-économiques. Par exemple, on a trouvé dans l'étude de la lymphadénopathie relative au sida à Vancouver, que les hommes homosexuels séropositifs dont le revenu se situe sous le seuil de la pauvreté sont deux fois plus susceptibles de mourir dans une période de 10 ans que les hommes homosexuels séropositifs dont les revenus sont plus élevés³⁷⁴.

De manière semblable, une étude menée par *Echenberg* (1997), fondée sur une enquête à l'échelle nationale menée auprès de 1 136 Canadiens infectés par le VIH (dont la plupart se sont identifiés comme des hommes homosexuels), indique une tendance vers des niveaux d'éducation et de revenu moins élevés chez ceux qui ont été le plus récemment infectés³⁷⁵.

Low-Beer (1999) ont trouvé que les hommes homosexuels séropositifs à Vancouver étaient 40 % moins susceptibles d'être employés à temps plein que les hommes séronégatifs et 34 % plus susceptibles d'avoir un revenu annuel inférieur à 10 000 \$. Cependant, l'étude n'a pas confirmé une relation entre l'éducation et les diagnostics séropositifs ³⁷⁶.

Ces caractéristiques ont particulièrement été fortes pour les HRSH autochtones. Dans le groupe de comparaison Vanguard, on a trouvé que les HRSH autochtones étaient considérablement plus susceptibles d'être des chômeurs, de vivre dans des logements instables, d'avoir des revenus annuels de moins de 10 000 \$, de recevoir de l'aide sociale, et de déclarer avoir eu des relations sexuelles sans consentement et subi de l'abus pendant leur enfance ³⁷⁷.

Il semble y avoir un lien solide entre les niveaux d'éducation et les comportements à risque chez les HRSH. Dans une analyse comprenant trois grandes enquêtes sur les hommes homosexuels et bisexuels, *Myers* et collègues ont conclu que les hommes ayant moins d'éducation étaient plus susceptibles de déclarer avoir eu des relations sexuelles sans protection ³⁷⁸.

Les effets des déterminants de la santé (tels que le revenu, l'éducation, le logement et la sécurité) deviennent, de plusieurs façons, encore plus prononcés chez les UDI, les Autochtones et les personnes de la rue. *O'Shaughnessy* (1998), dans son commentaire sur l'étude des UDI de Vancouver (VIDUS), note : « On a trouvé que le logement inadéquat était, à l'origine, un des facteurs importants de l'épidémie d'infection par VIH chez les UDI et ceci n'a pas changé considérablement au cours de l'étude. » [traduction libre]. Dans une autre étude, le logement instable était lié à un état de santé considérablement plus mauvais chez les membres du groupe de comparaison de la VIDUS ³⁷⁹. Ces risques étaient même plus prononcés chez les travailleuses de sexe qui ont fait partie de l'étude, dont environ deux-tiers recevaient de l'aide sociale et vivaient dans des logements instables. *Weber* a conclu que les travailleuses de sexe semblent être vulnérables aux infections par VIH à cause des conditions socio-économiques dans lesquelles elles vivent ³⁸⁰.

Dans une autre étude menée à Vancouver, on a conclu que la thérapie antirétrovirale était considérablement moins utilisée par les UDI et les femmes que par les HRSH ³⁸¹, tandis qu'une étude menée par *Goldstone* (1999) indique que les UDI survivent pour une période beaucoup plus courte que les autres, après avoir reçu un diagnostic séropositif ³⁸².

Comme on l'a déjà mentionné, les Autochtones comptent davantage parmi les UDI et les détenus. Un examen effectué par *Nguyen* sur des études menées chez les UDI à Vancouver, à Edmonton, à Winnipeg et en Ontario a conclu que les Autochtones comptaient pour 12 % des UDI en Ontario, 27 % à Vancouver et près de deux-tiers à Edmonton et à Winnipeg. Entre 27 % et 52 % des participants autochtones étaient des femmes. On a trouvé que les participants autochtones avaient en général des niveaux d'éducation moins élevés et des logements moins stables là où ces renseignements étaient disponibles ³⁸³.

Ces conclusions ont été appuyées par les résultats d'études récentes sur les UDI autochtones. Ces études ont été menées dans six principaux centres urbains dans l'ensemble du Canada (Toronto, Thunder Bay, Winnipeg, Saskatoon, Edmonton et Vancouver) et dans deux établissements fédéraux³⁸⁴. On a conclu dans ces études que les variables indépendantes de séroconversion chez les personnes interrogées étaient d'ordre socio-économique et liées au comportement, et comprenaient :

- le logement instable (44 % vivaient dans les rues ou dans des pensions, des hôtels ou dans des refuges);
- la pauvreté (74 % recevaient de l'aide sociale);
- la sous-scolarisation (30 % avaient un niveau de scolarité inférieur à la 10^e année);
- des antécédents abusifs (62 %)
- la violence familiale (64 %); et
- l'emprisonnement antérieur.

D'autres études appuient la notion que les UDI autochtones sont plus susceptibles d'être des femmes, plus susceptibles d'être séropositifs et moins susceptibles de participer à un programme d'entretien à la méthadone que les UDI non-autochtones³⁸⁵.

Une étude qualitative menée au nord de l'Alberta laisse entendre que les comportements à risque par rapport au VIH peuvent devenir des techniques de survie pour certaines femmes autochtones. Des analyses de fond des historiques de vie de huit principales informatrices ont révélé des relations familiales passées instables, des déménagements fréquents et de l'abus physique, émotionnel ou sexuel. Les comportements à risque élevé pour échapper à ces conditions (p. ex. prendre la fuite, abus de substances psychoactives, promiscuité sexuelle et prostitution) étaient considérées par les personnes interrogées comme des techniques appropriées de survie³⁸⁶. Ce thème lié au désavantage persistant, social et économique, a été reflété dans une étude sur les Autochtones atteints de VIH/sida. Ces personnes sont plus susceptibles d'être sous-employées, plus pauvres et moins éduquées que leur homologues non-autochtones. Les auteurs de l'étude ont conclu que, en raison de ces injustices, les Autochtones séropositifs peuvent avoir de la difficulté à obtenir les bienfaits des thérapies disponibles. Ces conclusions soulignent le besoin de services sociaux de base, de services éducatifs et de soutien destinés aux Autochtones atteints de l'infection à VIH ou du sida³⁸⁷.

ESPÉRANCE ET QUALITÉ DE LA VIE

Malgré la prévalence croissante du VIH, les baisses progressives dans l'incidence et la prévalence des cas de sida déclarés et dans les décès attribués au sida suggèrent que l'espérance de vie a continué de s'améliorer.

D'après plusieurs études communautaires récentes, des améliorations dans l'espérance et la qualité de la vie ont été relevées chez les personnes atteintes du VIH/sida. (Il faut noter que ces études ont été, en général, menées dans de grands centres urbains et leur applicabilité aux plus petites communautés ou aux populations non urbaines n'est pas déterminée.)

Par exemple, une étude récente a été menée en Colombie-Britannique pour évaluer les améliorations dans l'espérance de vie chez les hommes homosexuels et bisexuels séropositifs à Vancouver Ouest de 1990-1992 à 1995-1997³⁸⁸. Pendant cette période, l'espérance de vie a augmenté de 3,8 années. Les auteurs suggèrent que le gain dans l'espérance de vie est attribuable à la mise en application rapide de plus de régimes antirétroviraux puissants chez les hommes homosexuels et bisexuels. Cependant, ils font une mise en garde : même dans cette nouvelle époque de thérapie antirétrovirale, l'espérance de vie de cette population est toujours faible et la perte de vie attribuable à l'infection par VIH est élevée.

On a conclu dans d'autres études que le déclin récent des mortalités a été associé aux coûts réduits de services médicaux, aux améliorations dans le domaine de l'emploi et de la santé et dans la qualité de la vie, au moins chez les populations qui ont fait partie de l'étude^{389, 390, 391}.

Dans une des études, le pourcentage de personnes qui obtiennent une thérapie antirétrovirale et qui constatent une amélioration de leur santé comparativement à l'année d'avant a augmenté de 19 % en 1995 à 39 % en 1998. Au cours de la même période, le nombre de personnes qui ont considéré que leur vie était bien pire qu'elle l'était l'année d'avant a diminué de 43 % à 18 %. De plus, le taux de chômage pour le groupe d'étude a diminué de 64 % en 1995 à 56 % en 1998³⁹².

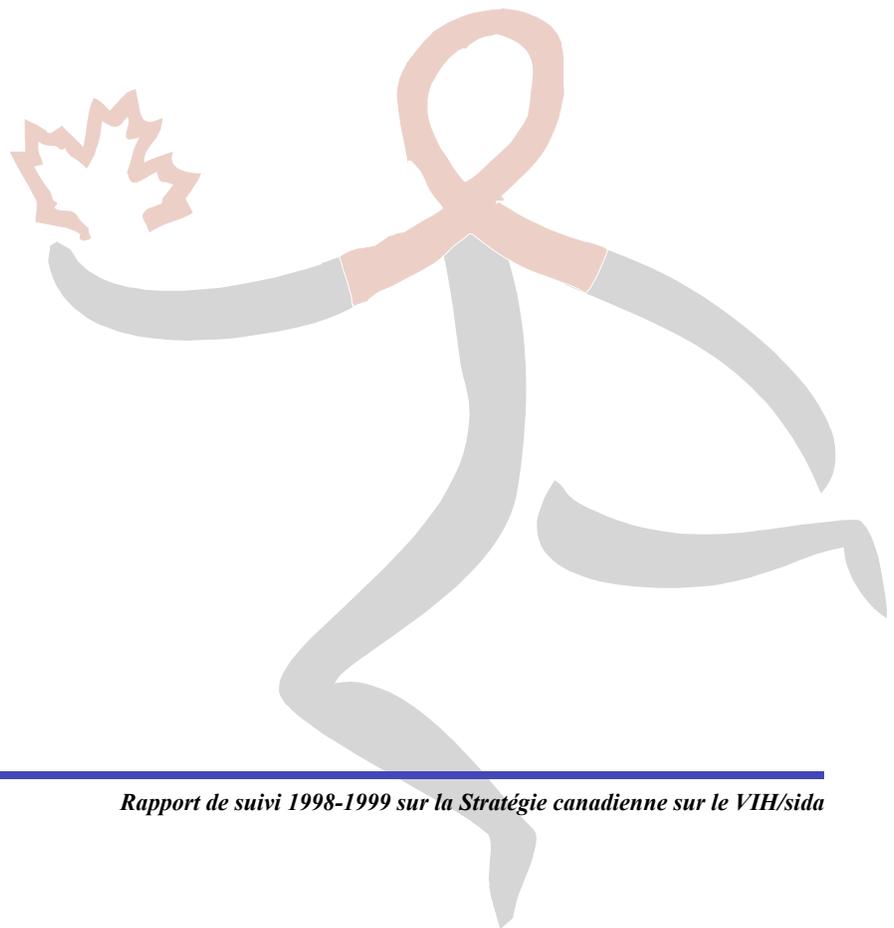
On démontre dans une autre étude que l'utilisation des inhibiteurs de protéase a été associée à une amélioration générale remarquable dans la qualité de la vie, y compris une amélioration dans la perception de la santé, la santé mentale, le fonctionnement social, le fonctionnement physique et le fonctionnement par rôle³⁹³.

Une enquête récente menée auprès de personnes atteintes du VIH/sida par la Société canadienne du SIDA³⁹⁴ (SCS) a révélé que 38 % des personnes interrogées travaillent actuellement, 36 % faisaient du travail bénévole et 20 % des chômeurs cherchaient de l'emploi. Cependant, parmi ceux qui considéraient retourner au travail, la majorité était « très préoccupée » à propos de :

- la perte de la prestations d'invalidité (70 %);
- la perte de prestations pharmaceutiques (69 %);
- la perte de la garantie supplémentaire pour soins de santé (59 %);
- l'obtention de congés autorisés pour des rendez-vous chez le médecin sans perdre leur salaire ou leur emploi (55 %);
- la gestion du régime de traitement et des effets secondaires en milieu de travail (51 %); et
- la divulgation de leur état de séropositivité (51 %).

L'enquête nationale de la SCS a de plus révélé que plus de 50 % des personnes interrogées qui travaillaient n'ont pas divulgué leur état de santé aux employeurs. Parmi ce groupe qui n'avait pas divulgué son état de santé, 45 % s'attendaient à une discrimination de la part de leur employeur ou de leurs collègues. Parmi les personnes interrogées qui ne travaillaient pas, 65 % ont indiqué qu'ils ne révéleraient pas leur état de santé à de futurs employeurs ou collègues par crainte de discrimination ou d'attitudes négatives.

Comme ces études l'ont démontré, les pronostics améliorés de plusieurs personnes séropositives, ainsi que l'évolution de l'épidémie, ont un effet important sur la qualité de la vie, des effets qui à ce jour n'ont pas fait l'objet de beaucoup de recherche. Ces recherches sont essentielles puisque les modifications à la qualité de la vie - qu'elles soient positives ou négatives - auront un effet sur pratiquement chaque élément de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.



CONCLUSION

« Améliorer la responsabilité publique » est l'une des directives clés présidant à la mise en œuvre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Ce premier rapport de surveillance annuel sur la SCVS fait écho à cette directive en fournissant :

- une description de la Stratégie, de ses buts et des volets qui la composent;
- des informations sur la logique du suivi de la surveillance de la SCVS et le rôle de tous les partenaires nationaux clés;
- une vue d'ensemble des activités qui ont été entreprises par les partenaires au cours des 18 premiers mois de la SCVS; et
- un examen détaillé des indicateurs clés utilisés pour suivre l'épidémie de VIH/sida au Canada et des observations générales sur les tendances actuelles de l'épidémie.

Les activités soutenues par la SCVS qui sont décrites dans ce rapport mettent en relief la nature intégrée de la réponse du Canada à la problématique du VIH/sida. Et elles font ressortir que, pour atteindre ses objectifs, la SCVS s'appuie beaucoup sur les partenariats, dont le rôle est central. On souhaite que de nouvelles organisations, aux niveaux national, régional et local, seront incitées au cours des années à venir à jouer un rôle dans l'approche pancanadienne.

Le présent rapport de suivi attire aussi l'attention sur l'importance des données de référence touchant le VIH/sida que possède le Canada et sur la façon dont ces informations sont utilisées pour suivre l'épidémie. On reconnaît aussi que les données sont gravement lacunaires à certains égards, et que plusieurs questions clés devraient faire l'objet de recherches plus approfondies.

Comme l'introduction le souligne, ce premier rapport de suivi est plus descriptif qu'analytique. On prévoit que les prochains rapports de suivi fourniront davantage d'informations sur l'incidence des différentes activités de la SCVS et leur contribution aux buts de la Stratégie.

Vous pouvez soumettre vos observations sur le document à :

Reg Warren ou Rick Wilson
a/s Centre for Health Promotion
University of Toronto
100 College St., Suite 207
Toronto, Ontario
M5G 1L5
Télécopieur : (416) 971-1365

ou

Steven Sternthal
Santé Canada
Division des politiques, de la coordination
et des programmes sur le VIH/sida
Immeuble Jeanne-Mance, A1821
Pré Tunney I.L.1918B1
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Télécopieur : (613) 941-2399

ANNEXE 1

INDICATEURS CLÉS ET SOURCES DE DONNÉES

INTRODUCTION

Les indicateurs clés traditionnellement utilisés pour suivre l'évolution de l'épidémie du VIH/sida au Canada incluent :

- l'incidence du VIH;
- la prévalence du VIH;
- l'incidence et la prévalence du sida;
- la mortalité prématurée;
- les changements dans l'espérance de vie; et
- la qualité de la vie.

Chacun de ces indicateurs clés a fait l'objet de recherches considérables au Canada, recherches qui ont mis en jeu une variété de méthodologies et d'approches. Ainsi, des données pour chaque indicateur sont accessibles à partir de nombreuses sources. Même si chaque source de données est limitée, ensemble elles fournissent un tableau relativement cohérent des questions essentielles en rapport avec le VIH/sida au Canada.

Cette annexe donne un aperçu des indicateurs clés et des sources de données essentielles qui ont été utilisés.

INDICATEURS CLÉS

Prévalence du VIH

La prévalence du VIH est la proportion d'individus, au sein d'un groupe à risque donné, qui sont infectés par le VIH à un moment donné. Les individus asymptomatiques infectés par le VIH et les individus diagnostiqués comme atteints du sida sont souvent inclus.

Ce type de donnée fournit un indicateur de la charge que représente le VIH pour les différents groupes de population et de la mesure dans laquelle le VIH s'est propagé au sein de la population pendant l'épidémie. Ces estimations sont aussi pertinentes pour des questions connexes intéressant les soins, les traitements et le soutien ³⁹⁵. Par ailleurs, du point de vue de la lutte contre l'épidémie, l'accroissement de la prévalence augmente la probabilité d'une croissance plus rapide de la propagation du virus au sein de la population ³⁹⁶.

Incidence du VIH

L'incidence du VIH désigne le taux des nouveaux cas d'infection à VIH observés pendant une période donnée. Une telle donnée constitue un indicateur important de l'évolution actuelle de l'épidémie³⁹⁷. Quand on les combine avec des informations sur l'évolution démographique des populations à risque, les estimations de l'incidence du VIH ont aussi de l'intérêt pour les initiatives en matière de prévention, ou encore en matière de soins, de traitements et de soutien. Par exemple, la croissance récente de l'incidence du VIH chez les UDI a des conséquences non seulement pour la prévention, mais aussi pour le traitement, étant donné le taux élevé de co-infection par le VIH, entre autres.

Mortalité reliée au sida

Cet indicateur se définit comme le nombre de décès causés par le sida. La principale source d'information utilisée pour suivre les tendances de la mortalité associée au sida est le nombre de décès attribués au sida déclarés.

Mortalité prématurée

La mortalité prématurée est un indicateur utilisé pour mesurer l'importance de la réduction de l'espérance de vie chez les personnes atteintes du VIH/sida.

SOURCES DE DONNÉES

Les sources de données les plus couramment utilisées pour suivre l'évolution de l'incidence et de la prévalence du VIH/sida comprennent :

- les résultats des tests de séropositivité (comme ceux fournis par les systèmes de surveillance nationale et les études communautaires);
- les chiffres sur les cas de sida déclarés;
- les enquêtes nationales; et
- les estimations imputées faites par triangulation à partir d'ensembles de données multiples.

Rapports de séropositivité

Les rapports de séropositivité donnent le nombre de personnes séropositives, avec leur profil. Ces rapports sont essentiels pour suivre l'incidence et la prévalence du VIH, non seulement par le biais des systèmes de surveillance nationale mais aussi grâce aux études communautaires. Ils rendent compte avec une précision raisonnable du nombre de personnes reconnues comme étant séropositives. Cependant, étant donné que le test de séropositivité n'est pas une pratique systématique et que tous les cas de séropositivité ne sont pas déclarés, les estimations sont conservatrices et correspondent au nombre minimum de Canadiens et de Canadiennes séropositifs.

En dépit de leur importance, les rapports de séropositivité ont tendance à sous-estimer l'infection à VIH au Canada pour plusieurs raisons : délais de déclaration, sous-déclaration des tests positifs et, tout particulièrement, différences dans les modalités de dépistage.

L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996 a révélé que 41 % des hommes et 31 % des femmes du Canada ont subi un test de dépistage du VIH (ces pourcentages comprennent les tests effectués chez les donneurs de sang et pour les assurances-vie)³⁹⁸.

Les Canadiens et les Canadiennes à risque à l'égard de l'infection à VIH sont plus susceptibles de subir le test de séropositivité que le reste de la population. Néanmoins, une proportion importante des personnes à risque n'ont jamais subi le test de dépistage. Même si l'on pense que les taux de dépistage sont plus élevés chez les personnes déclarant être à risque, ces taux varient selon les groupes. Ainsi, les taux de dépistage déclarés tendent à être plus élevés chez les hétérosexuels qui ont eu des relations avec des partenaires multiples durant l'année écoulée (51 %) que chez les hétérosexuels n'ayant eu qu'un seul partenaire (17 %); chez les hommes qui ont eu des relations sexuelles avec un autre homme (71 %); et chez les hommes UDI (62 %)^{399, 400}.

Une étude sur les femmes qui ont répondu à l'Enquête nationale sur la population de la santé de 1996 a révélé que 41 % des femmes ayant déclaré être UDI avaient subi un test de dépistage du VIH, de même que 40 % des femmes ayant déclaré avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours de l'année précédente, et 42 % des femmes ayant eu des maladies transmises sexuellement (MTS) au cours des deux dernières années. Chez les femmes canadiennes, le taux de dépistage le plus bas s'observait pour les individus dont le niveau d'instruction était inférieur au niveau collégial (8 %). Les taux de dépistage du VIH augmentaient avec le niveau d'instruction et atteignaient 19 % chez les femmes ayant reçu une formation universitaire⁴⁰¹.

Compte tenu des nombreux facteurs qui influent le comportement des gens face au dépistage, il a été estimé qu'un cas de séropositivité sur trois pouvait ne pas être déclaré⁴⁰².

Estimations imputées

Les estimations imputées de l'incidence et de la prévalence du VIH complètent utilement les résultats des tests de dépistage déclarés. De nombreux Canadiens et Canadiennes (y compris parmi les groupes à risque élevé) n'ont jamais subi de test de dépistage du VIH, tandis que d'autres ont été diagnostiqués séropositifs mais n'ont jamais été déclarés⁴⁰³. Les estimations imputées visent à déterminer l'incidence et la prévalence du VIH qui s'observeraient au Canada si tout le monde avait subi le test de dépistage.

Des rapports établis par les Réseaux canadiens de recherche en politique publique et le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada révèlent qu'entre 11 000 et 17000 infections à VIH peuvent ne pas avoir été diagnostiquées ou déclarées depuis 1996^{404, 405, 406}.

Naturellement, les estimations imputées de la prévalence du VIH se caractérisent aussi par des limitations importantes, liées notamment au fait qu'il est difficile d'évaluer la taille des populations à risque et la fréquence selon laquelle les individus se présentent pour subir un test de dépistage. Les estimations imputées n'en sont pas moins extrêmement utiles et elles laissent penser que l'ampleur réelle du problème peut être beaucoup plus grande que les rapports de dépistage l'indiquent, pour certains groupes en particulier.

Une autre grande faiblesse des estimations imputées tient au fait qu'elles ont porté sur une seule année, l'année 1996. Ces estimations pour 1996 sont incorporées au présent rapport en tant que données de référence, avec l'idée qu'elles seront mises à jour dans les années à venir.

Cas de sida et décès attribués au sida rapportés

Les chiffres sur les cas de sida et les décès attribués au sida déclarés constituent les principales sources d'information sur l'incidence et la prévalence du sida au Canada. Ils sont importants pour l'appréciation de la charge que représente la maladie au Canada, étant donné qu'ils servent de base pour l'estimation de la mortalité prématurée et du nombre d'années de vie susceptibles d'être perdues.

Le nombre de cas déclarés de sida donne aussi une indication sur le nombre de personnes qui étaient séropositives plusieurs années auparavant, et sur le profil de ces personnes. De telles estimations représentent des données historiques qui complètent utilement les informations venant des rapports de dépistage.

Au cours des dernières années, cependant, on a un peu remis en question la validité et la fiabilité des estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH fondées sur un rétrocalcul utilisant les nombres de cas de sida déclarés. La période d'incubation médiane pour le VIH/sida s'est allongée de façon appréciable, par suite de l'amélioration des traitements et de la prophylaxie, qui retardent l'apparition des symptômes du sida. La diminution récente du nombre de cas de sida déclarés n'est donc pas forcément liée à une réduction de l'incidence et de la prévalence du VIH/sida. Mais il n'empêche que les chiffres sur les cas de sida déclarés constituent toujours une référence utile pour comparer les différences observées entre les groupes avec le temps.

Enquêtes nationales

Les enquêtes nationales peuvent fournir des estimations utiles sur le nombre de Canadiens et de Canadiennes qui savent qu'ils sont séropositifs ou chez qui on a diagnostiqué le VIH/sida. De telles enquêtes peuvent aussi révéler des caractéristiques clés des populations ciblées (leur statut socio-économique, par exemple, ou le fait qu'ils ont des comportements à risque, ou encore qu'ils ont subi un test de dépistage du VIH).

Cependant, depuis les premières études menées par *King et al* (1998) et *Ornstein* (1990), une masse d'informations ont été publiées sur le VIH/sida à partir d'enquêtes nationales^{407, 408}. Les enquêtes nationales importantes (comme l'Enquête nationale sur la santé de la population) n'apportent que des informations limitées, et dans le cas des enquêtes balayant large mais sur des populations restreintes (comme les enquêtes régionales sur la santé chez les populations autochtones et inuits de 1999), le sujet reste à définir^{409, 410}.

Une des principales limites des données tirées des enquêtes nationales, c'est que ces enquêtes sont fondées sur l'auto-déclaration des répondants. De plus, les grandes enquêtes ont tendance à sous-représenter certaines des populations qui présentent le plus d'intérêt, comme les personnes très pauvres, les sans-abri, les populations éloignées et certaines communautés autochtones. Il s'ensuit que l'on complète souvent les résultats des enquêtes nationales par ceux des enquêtes menées au niveau local sur des populations particulières.

Les études sur les communautés

Les études communautaires fournissent souvent des estimations sur l'ampleur, les caractéristiques et la nature évolutive de l'épidémie de VIH/sida, plus précises que ne le feraient des enquêtes nationales, notamment quand ces études sont limitées à des groupes, des collectivités ou des environnements particuliers. Les études locales peuvent viser la population générale (patients des hôpitaux sentinelles, clients des cliniques de dépistage volontaire et donneurs de sang), aussi bien que des groupes restreints comme les femmes, des groupes ethniques, des populations autochtones, des transfusés et des receveurs de produits sanguins et des hémophiles, les HRSH, les UDI, la clientèle des cliniques pour MTS, les détenus, les gens de la rue et les travailleurs de l'industrie du sexe. Cependant, les études locales tendent à souffrir d'un souci trop grand de généralisation, qui risque d'entraver le dessein de dresser un tableau cohérent de la situation à l'échelle nationale. Compte tenu de ces faits, on a revu systématiquement les études antérieures menées sur l'incidence et la prévalence du VIH ⁴¹¹, la question des comportements à risque à l'égard du VIH ⁴¹² et les études se poursuivant actuellement ⁴¹³.

Études des grands déterminants de la santé

La plupart des études qui suivent l'incidence et la prévalence du VIH/sida produisent des rapports en fonction du mode de transmission ou des groupes socio-démographiques. Cependant, comme l'ont fait observer *Albert et Williams*, « ...la marginalisation sociale et économique continue d'offrir un terrain fertile pour la propagation du virus. De plus en plus, les communautés les plus à risque semblent être les moins bien équipées pour se prémunir contre l'épidémie » ⁴¹⁴. Qui plus est, dans un examen de la situation, *Strathdee* (1997) en arrive à la conclusion que « les déterminants sociaux influencent à la fois l'infection à VIH et la vitesse à laquelle cette dernière se transformera en syndrome complet du sida » ⁴¹⁵.

Récemment, un nombre croissant d'études canadiennes ont documenté l'importance de l'influence du revenu, de l'éducation, des conditions de logement et d'autres déterminants de la santé sur les comportements à risque, l'incidence du VIH et les résultats des traitements ^{416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424}.

ANNEXE 2

FINANCEMENT DES PROJETS PACS RÉGIONAUX ET NATIONAUX

Exercice 1998-1999

Organisation Parrain	Titre du Projet
Bureau national	
Société canadienne du sida	Empowering Youth to Confront AIDS
Association canadienne de santé publique	Canadian HIV Resource Centre Network (CANNET) Phase III
Réseau Communautaire d'info-traitements sida (CATIE)	Tools for Finding and Evaluating HIV/AIDS Treatment Information
Fife House Foundation	Project Sustain
Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le sida à Québec (MIELS-QUÉBEC)	L'indésirable...d'un océan à l'autre
Fédération pour le planning des naissances du Canada	Planned Parenthood Skills and Needs Assessment
Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network (PASAN)	National Skills-Building Initiative on HIV/AIDS and Prisoners
The Teresa Group	Strengthening the National Working Group for Children, Youth and Families Living With and Affected by HIV/AIDS
Société canadienne du sida	The 2nd Canadian HIV/AIDS Skills Building Symposium: Sharing Our Successes in HIV/AIDS Work
Région de l'Atlantique	
AIDS Coalition of Cape Breton	Community Response Team Development – Phase II
AIDS Coalition of Nova Scotia	AIDS Coalition of Nova Scotia – Operational Funding
AIDS New Brunswick	AIDS Prevention and Support – Phase II
AIDS PEI	AIDS PEI – Operational Funding
AIDS Saint John	AIDS Saint John Inc. – Phase II
Atlantic First Nations AIDS Task Force	Sustaining First Nations AIDS Programming in Atlantic Canada Through Partnership Development
Mainline Needle Exchange	Aboriginal Injection Drug Users and Needle Exchange Programs: Identifying Barriers in Nova Scotia

Organisation Parrain	Titre du Projet
Newfoundland/Labrador AIDS Committee (NLAC)	AIDS Prevention and Support Program – Phase 2
SIDA AIDS Moncton	SIDA AIDS Moncton – Phase II
AIDS Coalition of Nova Scotia	HIV/AIDS Survival Formation
Région du Québec	
Action Séro Zéro	Projet d'intervention auprès des prostitués masculin de 14 ans et plus
Association des intervenants en toxicomanie du Québec Inc. (AITQ)	Projet d'intervention VIH/SIDA dans les établissements carcéraux
Bureau régional d'action sida (BRAS)	Bénévoles Action-Sida
Mouvement d'aide et d'information sida Bas-Saint-Laurent	Coordination des ressources bénévoles
Association des bénévoles accompagnateurs-accompagnatrices de personnes atteintes du sida) (ABAAPAS)	ABAAPAS - projet soutien
Action Séro-Zéro	Projet d'intervention auprès des gais d'origine latino-américaine
AIDS Community Care Montreal (ACCM)	AIDS Community Care Montreal
Bureau Local d'Intervention Traitant du Sida (BLITS)	BLITS
Bureau régional d'action sida (BRAS)	BRAS
Centre d'action communautaire auprès des toxicomanes utilisateurs de seringues (CACTUS) – UDI-SIDA Montréal	Action Santé dans un milieu menacé par le VIH/SIDA
Centre d'Action SIDA Montréal (Femmes)	Centre d'Action SIDA Montréal (Femmes)
Centre d'amitié autochtone de Montréal Inc / Native Friendship Centre of Montreal Inc.	Urban Aboriginal AIDS Awareness
Centre Pierre Hénault Inc.	Centre Pierre Hénault Inc.
Centre sida amitié	<ul style="list-style-type: none"> • Centre sida amitié • Réseau de bénévoles et environnement social
Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-sida)	COCQ-sida
Coalition Sida des Sourds du Québec (CSSQ)	CSSQ
Comité d'aide et prévention au sida (Montérégie) Inc. (CAP-SIDA)	Projet de coordination de bénévoles
Comité des personnes atteintes du VIH du Québec (CPAVIH)	Comité des personnes atteintes du virus d'immuno-déficience humaine du Québec

Organisation Parrain	Titre du Projet
GAP-VIES	Le groupe d'action pour la prévention du sida (GAP-VIES)
Groupe d'entraide à l'intention des Personnes Séropositives et Itinérantes (GEIPSI)	Créativité
Groupe d'intervention régionale et d'information sur le sida en Estrie (I.R.I.S. Estrie)	<ul style="list-style-type: none"> • I.R.I.S. Estrie • I.R.I.S. Estrie – PVVIH – Toxico
Maison Plein Coeur	<ul style="list-style-type: none"> • Maison Plein Coeur • Formation d'intervenants en matière de prévention du VIH/SIDA
Points Repères	Amélioration de l'accès aux seringues stériles dans la région de Québec pour la prévention du SIDA chez les UDI
Productions Virage Inc.	Projet de prévention MTS/SIDA à l'intention des jeunes du Québec
Regroupement des personnes atteintes du VIH-sida de Québec et de la région	Regroupement des personnes atteintes du VIH/sida de Québec et la région
Sida Information Prévention Écoute Lanaudière	<ul style="list-style-type: none"> • Sida Information Prévention Écoute Lanaudière • Projet de support psycho-social et de sensibilisation VIH/SIDA
Sidaction (Trois-Rivières) Inc.	<ul style="list-style-type: none"> • Sidaction Trois-Rivières • Sidaction
Société canadienne de l'hémophilie Section Québec	Société canadienne de l'hémophilie Section Québec
Spectre de rue	Spectre de rue
Stella	Réduction des barrières à l'accès aux services de santé et sociaux
Taqramiut Nipingat Inc. (TNI)	Prévention des MTS et du VIH/SIDA chez les Inuit du Nunavik
Mouvement d'information et d'éducation et d'entraide dans la lutte contre le sida à Québec (MIELS-QUÉBEC)	<ul style="list-style-type: none"> • MIELS-QUÉBEC • Projet de concertation pour les personnes vivant avec le VIH-Sida en mouvance sociale
Centre Pierre Héneault Inc.	Rapprochement entre les personnes atteintes du VIH/sida et leurs proches
Centre d'Amitié Autochtone de Québec	La sagesse autochtone contre le sida
Centre de ressources et d'intervention en santé et sexualité (CRISS)	Bulletin d'intervention et d'échange
La fondation du refuge pour femmes chez Doris Inc.	The battle against HIV infection and AIDS among Inuit women
Le Théâtre Cyroy	Élégies pour les anges, les anarchistes et les folles enragées

Organisation Parrain	Titre du Projet
Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec Inc. (AITQ)	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de répertoires • Congrès national "Drogues et injections: enjeux et société"
Centre Option Prévention Toxicomanie Violence Delinquance Suicide (Centre Option Prévention TVDS)	Action prévention Sida dans les maisons de jeunes
Région de l'Ontario	
African Community Health Services	African Community Health Services
AIDS Committee of Cambridge Kitchener, Waterloo and Area (ACCKWA)	<ul style="list-style-type: none"> • Operational Education Project • Positive Approaches
AIDS Committee of Guelph and Wellington County	AIDS Guelph
AIDS Committee of London	<ul style="list-style-type: none"> • Safer Sex Education for Targeted Groups – Phase II • Communities Access Project • Organization Development Team Project
AIDS Committee of Ottawa	<ul style="list-style-type: none"> • Safer Sex Outreach for Men who Have Sex with Men • Women's Different Realities Confronting HIV/AIDS
AIDS Committee of Simcoe County	Strengthening Health Among Us
AIDS Committee of Toronto	<ul style="list-style-type: none"> • Women's Outreach Project • AIDS Committee of Toronto Operational Project
AIDS Committee of Windsor	<ul style="list-style-type: none"> • Safer Sex/Confronting AIDS Project (op.) • Gay Youth Project
Algoma AIDS Network	The HARP Project (HIV/AIDS and Risk Populations) (op.)
Alliance for South Asian AIDS Prevention	South Asian PHA Outreach and Life Enhancement Project
Asian Community AIDS Service	Asian Community AIDS Service
Black Coalition for AIDS Prevention	Targeted AIDS Prevention (Black Cap)
Canadian African Women's Organization	HIV/AIDS Health Promotion
Hamilton AIDS Network	Men and Men Project
Ontario AIDS Network	PHA Projects Program
Peterborough AIDS Resource Network	AIDS Peterborough (op.)
Street Health Community Nursing Foundation	Street Health AIDS Prevention Project
Voices of Positive Women	<ul style="list-style-type: none"> • Voices of Positive Women (op.) • Health Promotion and Développement communautaire
ACCESS - AIDS Committee of Sudbury	Healthy Choices

Organisation Parrain	Titre du Projet
ACCWA	Positive Approaches
AIDS Committee of Niagara	Community Education/Outreach
AIDS Committee of North Bay & Area	Education Services Project
AIDS Committee of Thunder Bay	Substance Use Outreach Project
HIV/AIDS Regional Services	Kingston & Area AIDS Education and Prevention Program
Ontario Federation of Indian Friendship Centres	Aboriginal Off-Reserve AIDS Project
Peel HIV/AIDS Network	Healthy Alternatives
Prisoners & HIV/AIDS Support Action Network (PASAN)	Prison Outreach Peer Project
The Teresa Group	Innovative Outreach & Education
Toronto PWA Foundation	Treatment Resources Program
Positive Straight Men	Support, Referral and Information Project
Kitchener/Waterloo Multicultural Centre	Cultural Interpreting in HIV/AIDS Context
Toronto YWCA	HIV/AIDS Education and Prevention Program for Young Women at Risk
AIDS Committee of Durham Region	High-Risk Youth HIV/AIDS Outreach Project
Centre for Spanish - Speaking People	AIDS Education and Prevention for Marginalized Spanish-Speaking Youth
Région du Manitoba/Saskatchewan	
AIDS Brandon, Inc.	AIDS Brandon/Westman Region AIDS Programme (W.R.A.P.)
AIDS Regina	<ul style="list-style-type: none"> • All Nations Hope Project • AIDS Initiatives
AIDS Saskatoon	<ul style="list-style-type: none"> • Community Action Project • Saskatchewan AIDS Network Project
AIDS Shelter Coalition of Manitoba Inc.	AIDS Shelter Project
Healthy Thompson Inc.	Thompson AIDS Project
Kali-Shiva AIDS Service	<ul style="list-style-type: none"> • Creating Supportive Social Environments • Manitoba AIDS Coalition Building Networks • Positive Women's Support Service Network
Manitoba Aboriginal AIDS Task Force	<ul style="list-style-type: none"> • Strengthening the Manitoba Aboriginal AIDS Task Force • Développement communautaire Approach to Managing HIV/AIDS Phase II

Organisation Parrain	Titre du Projet
Persons Living with AIDS Network of Saskatchewan Inc.	Strengthening PLWA Network
Winnipeg Gay/Lesbian Resource Centre	Breaking Down Barriers
Sexuality Education Resource Centre of Manitoba (SERC)	Youth STD/HIV Prevention Project
Women's Health Clinic	HIV Prevention for Young Women
Région de l'Alberta/T.N.-O.	
AIDS Calgary Awareness Association	<ul style="list-style-type: none"> Managing Health Promotion Programs – Phase II HIV Outreach Prevention and Program Evaluation HIV Prevention Peer Education Project to Street Involved Youth
AIDS Yellowknife	<ul style="list-style-type: none"> Building Community Networks – Phase II Outreach Program Building Community Network – Phase II
Alberta Community Council on AIDS	<ul style="list-style-type: none"> Sustainability Project Partnership for the 90s – Phase II Skill Enhancement for the 90s
Feather of Hope Aboriginal AIDS Prevention Society (FOHAAPS)	<ul style="list-style-type: none"> Sustainability Project – Phase II Thundering Buffalo Circle of Friends The Healing Begins Sharing and Caring
HIV Edmonton	HIV/AIDS Public Education Awareness and Program Coordination
AIDS Jasper	The Jasper Strategy
South Peace AIDS Council	<ul style="list-style-type: none"> Keeping Afloat South Peace AIDS Council: Three Year Planification stratégique Project Coming Home Harm Reduction Outreach Project
Lethbridge AIDS Connection Society	<ul style="list-style-type: none"> Creating Positive Environments Challenging Fears: Creating Supportive Environments and Sokinakssinapi Women and HIV: Identifying Barriers
Central Alberta AIDS Network Society	<ul style="list-style-type: none"> Removing Community Barriers Route of Entry into Cell Block B CAANS Volunteer Project Rural Sex Trade Workers – Peer Prevention Project Rural IV Drug/Steroid Users Health Promotion Needs Assessment
Ingamo Hall Friendship Centre	Inuvik Youth Project

Organisation Parrain	Titre du Projet
Deh Cho Tribal Council	Deh Cho First Nations AIDS Awareness – Phase I
L'Association canadienne pour la santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Iqaluit HIV/AIDS Outreach Project – Phase I • Iqaluit HIV/AIDS Outreach Project – Phase II
Interfaith Association on AIDS	HIV/AIDS and the Faith Communities – Phase II
The Edmonton Social Planning Council	Shared Responsibility
Banff Regional AIDS Committee	Service Industry Outreach Project
AIDS Network of Edmonton	Community HIV Information Exchange Through Resources and Peer Education
AIDS Medicine Hat Association	Sexuality/HIV/AIDS Education for Marginalized Youth
AIDS Bow Valley	Service Industry Outreach Project
Living Positive	Peer Counselling Training Program
Native Women's Association of the NWT	Native Women's HIV/AIDS Workshop
Denendeh National Office	HIV/AIDS Awareness in Denendeh
C.-B./Yukon	
AIDS Vancouver	<ul style="list-style-type: none"> • Operational Funding • HIV/AIDS Training Project
AIDS Vancouver Island	<ul style="list-style-type: none"> • Operational Funding • Men's Outreach Project
AIDS Yukon Alliance	Operational Funding
B.C. Persons With AIDS Society	Operational Funding
AIDS Prince George	Reducing Barriers by Building Partnerships
Victoria AIDS Respite Care Society	Caring for Family and Community: Volunteer Training Project
Youth Community Outreach AIDS Society	Youth HIV/AIDS Education Project
(ANKORS) West Kootnay/Boundary AIDS Network Outreach and Support Society	Community Care Team Project
AIDS Vancouver Island	Pacific AIDS Network
ASIA	ASIA BASE
WINGS Housing Society	Centralized Housing Information & referral
BC Multicultural Health Services Society	Peer Support for Immigrant Women
Positive Women's Network	National Distribution of the Pocket Guides for Women Living With HIV/AIDS
Downtown Eastside Youth Activities Society	Educational Video for HIV+ Injection Drug Users

REFERENCES

- 1 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires. .
- 2 SANTÉ CANADA, *La stratégie canadienne sur le VIH/sida: Ensemble nous irons plus loin*, 1998.
- 3 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 4 SANTÉ CANADA, *La stratégie canadienne sur le VIH/sida: Cadre de rapport sur le rendement*, février 1999.
- 5 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 6 SANTÉ CANADA, *La stratégie canadienne sur le VIH/sida: Cadre de rapport sur le rendement*, février 1999.
- 7 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 8 SANTÉ CANADA, *La stratégie canadienne sur le VIH/sida: Cadre de rapport sur le rendement*, février 1999.
- 9 SANTÉ CANADA, *Rapport du Canada sur le VIH/sida 1998: Des perspectives et de l'espoir à partager*, 1998.
- 10 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 11 SANTÉ CANADA, *La stratégie canadienne sur le VIH/sida: Cadre de rapport sur le rendement*, février 1999.
- 12 SANTÉ CANADA, *Rapport du Canada sur le VIH/sida 1998: Des perspectives et de l'espoir à partager*, 1998.
- 13 ALBERTA HEALTH, *HIV In Alberta - Alberta Task Strategy*, March 1999.
- 14 BC ABORIGINAL HIV/AIDS TASK FORCE - *The Red Road Pathways to Wholeness: An Aboriginal Strategy for HIV/AIDS In B.C.*, October 1998.
- 15 BRITISH COLUMBIA MINISTRY OF HEALTH AND MINISTRY RESPONSIBLE FOR SENIORS, *British Columbia's Framework for Action on HIV/AIDS*, September 1998.

- 16 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Stratégie Québécoise de lutte contre le SIDA, Phase 4 - 1998-2000.*
- 17 MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO, *Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy*, June 1993
- 18 MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO, *Building our Strengths: Focussing Our Efforts - Ontario HIV/AIDS Plan to the Year 2000.*
- 19 PRINCE EDWARD ISLAND HEALTH AND COMMUNITY SERVICES SYSTEM, *Prince Edward Island HIV/AIDS Strategy, Acceptance and Action.*
- 20 SASKATCHEWAN HEALTH, *Saskatchewan Provincial HIV/AIDS Strategy, Phase I*, April 1993.
- 21 ALBERT, Terry et WILLIAMS, Greg, *The Economic Burden of HIV/AIDS in Canada*, Étude des RCRPP n° H02, 1998.
- 22 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 23 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, www.caan.ca
- 24 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, *Operational Funding Proposal*, mai 1998.
- 25 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, www.cdn aids.ca
- 26 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999.*
- 27 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Advocacy in Action*, Volume IV, juillet 1999.
- 28 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999.*
- 29 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Past, Present, Future (Presentation)*, 21 juin 1999.
- 30 LA FONDATION CANADIENNE POUR LA RECHERCHE SUR LE SIDA, www.canfar.com.
- 31 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, www.aidslaw.ca.
- 32 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Rapport annuel 1998-1999.*
- 33 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Plan de travail du Réseau 1998-99.*

- 34 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Operational Funding 1998-99 Report*.
- 35 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Operational Funding Proposal*, juin 1999.
- 36 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 37 LE RÉSEAU CANADIEN POUR LES ESSAIS VIH, www.hivnet.ubc.ca/ctn.html.
- 38 SANTÉ CANADA, *Rapport du Canada sur le VIH/sida 1998: Des perspectives et de l'espoir à partager*, 1998.
- 39 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 40 LE CENTRE CANADIEN DE DOCUMENTATION SUR LE VIH/SIDA, *Meeting Our Objectives, 1998-99*, 20 janvier 1999.
- 41 LE CENTRE CANADIEN DE DOCUMENTATION SUR LE VIH/SIDA, *Operational Funding Proposal*, 1 juin 1998.
- 42 LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'INFO-TRAITEMENS SIDA , *CATIE Rapport annuel 1997-98*.
- 43 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *Annual Report 1998-99 Project Year*.
- 44 LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'INFO-TRAITEMENS SIDA , www.catie.ca.
- 45 LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'INFO-TRAITEMENS SIDA , *1999-2000 Funding Submission to Health Canada*, March 1999.
- 46 LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'INFO-TRAITEMENS SIDA , *CATIE Rapport annuel 1997-98*.
- 47 La coalition interagence sida et développement, *Operational Funding Proposal to Health Canada*, La stratégie canadienne sur le VIH/sida, mai 1998.
- 48 La coalition interagence sida et développement, *Plan de travail 1999-2000*.
- 49 SANTÉ CANADA, *Rapport du Canada sur le VIH/sida 1998: Des perspectives et de l'espoir à partager*, 1998.
- 50 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.

- 51 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, *www.caan.ca*.
- 52 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 53 Le réseau juridique canadien VIH/sida, *Plan de travail du Réseau 1998-99*.
- 54 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 55 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 56 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 57 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 58 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 59 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 60 LE CENTRE CANADIEN DE DOCUMENTATION SUR LE VIH/SIDA, *Meeting Our Objectives, 1998-99*, 20 janvier 1999.
- 61 LE CENTRE CANADIEN DE DOCUMENTATION SUR LE VIH/SIDA, *Promotion Plan 1998-1999*.
- 62 LE CENTRE CANADIEN DE DOCUMENTATION SUR LE VIH/SIDA, *Distribution Statistics 1998*.
- 63 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 64 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 65 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 66 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Past, Present, Future (Presentation)*, 21 juin 1999
- 67 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 68 LE CENTRE CANADIEN DE DOCUMENTATION SUR LE VIH/SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 69 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.

- 70 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 71 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 72 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida : de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 73 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 74 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 75 La coalition interagence sida et développement, *Plan de travail 1999-2000*.
- 76 SANTÉ CANADA, VIH/sida collaboration internationale, *Faire le point*, www.hc-sc.gc.ca/datapcb/iad/issue1
- 77 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 78 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 79 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 80 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Advocacy in Action*, Volume IV, juillet 1999.
- 81 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Past, Present, Future (Presentation)*, 21 juin 1999.
- 82 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 83 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 84 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 85 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 86 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 87 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Questions d'ordre éthique et juridique soulevées par le VIH/sida*, avril 1999.

- 88 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 89 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 90 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 91 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 92 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 93 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 94 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 95 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 96 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 97 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 98 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 99 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 100 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 101 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *Annual Report 1998-99 Project Year*.
- 102 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 103 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 104 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *Annual Report 1998-99 Project Year*.
- 105 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.

- 106 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 107 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *Annual Report 1998-99 Project Year*.
- 108 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 109 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 110 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Advocacy in Action*, Volume IV, juillet 1999.
- 111 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 112 Commentaires reçus du bureau d'Alberta.
- 113 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 114 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 115 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 116 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 117 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 118 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 119 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 120 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 121 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 122 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.

- 123 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 124 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 125 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 126 *ACAP News*, janvier 2000.
- 127 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 128 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 129 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 130 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 131 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 132 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 133 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 134 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *Annual Report 1998-99 Project Year*
- 135 LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'INFO-TRAITEMENS SIDA , *CATIE Rapport annuel 1997-98*
- 136 LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'INFO-TRAITEMENS SIDA , *Projet de recherche, Environmental Scan Final Report*, juin 1999
- 137 LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'INFO-TRAITEMENS SIDA , *1999-2000 Funding Submission to Health Canada*, March 1999
- 138 LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'INFO-TRAITEMENS SIDA , *CATIE Rapport annuel 1997-98*
- 139 LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'INFO-TRAITEMENS SIDA , *Funding Proposal for 1998-99*, mai 1998
- 140 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *Annual Report 1998-99 Project Year*

- 141 LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'INFO-TRAITEMENS SIDA , *CATIE Rapport annuel 1997-98*
- 142 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 143 LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'INFO-TRAITEMENS SIDA , *CATIE Rapport annuel 1997-98*
- 144 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 145 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 146 LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'INFO-TRAITEMENS SIDA , *CATIE Rapport annuel 1997-98*.
- 147 LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'INFO-TRAITEMENS SIDA , *CATIE Rapport annuel 1997-98*
- 148 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *Annual Report 1998-99 Project Year*
- 149 LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'INFO-TRAITEMENS SIDA , *CATIE Rapport annuel 1997-98*
- 150 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 151 LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'INFO-TRAITEMENS SIDA , *CATIE Rapport annuel 1997-98*
- 152 LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'INFO-TRAITEMENS SIDA , *CATIE Rapport annuel 1997-98*
- 153 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *Annual Report 1998-99 Project Year*
- 154 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *Annual Report 1998-99 Project Year*
- 155 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *Annual Report 1998-99 Project Year*
- 156 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 157 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*

- 158 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 159 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 160 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 161 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 162 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *Annual Report 1998-99 Project Year*
- 163 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, CTAC PASS Committee: Protocol, septembre 1999
- 164 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *Annual Report 1998-99 Project Year*
- 165 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, CTAC PASS Committee: Protocol, septembre 1999
- 166 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 167 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *Annual Report 1998-99 Project Year*
- 168 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, CTAC PASS Committee: Protocol, septembre 1999
- 169 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *Annual Report 1998-99 Project Year*
- 170 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, CTAC PASS Committee: Protocol, septembre 1999
- 171 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999; plus des notes et commentaires.*
- 172 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, *Operational Funding Proposal*, mai 1998.
- 173 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999; plus des notes et commentaires.*
- 174 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *Annual Report 1998-99 Project Year*
- 175 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*

- 176 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 177 Le centre canadien de documentation sur le VIH/sida, *Meeting Our Objectives, 1998-99*, 20 janvier 1999
- 178 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 179 Canadian HIV/AIDS Clearinghouse, *Revised Budget Information CPHA*, October 8, 1998.
- 180 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Plan de travail du Réseau 1999/2000*, avril 1999.
- 181 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Legal, Ethical and Human Rights Issues Raised by HIV/AIDS: A Planning Report*, January 1999
- 182 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, *Operational Funding Proposal*, mai 1998.
- 183 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Contribution Agreement Proposal*, February 17, 1999
- 184 Le centre canadien de documentation sur le VIH/sida, *Meeting Our Objectives, 1998-99*, 20 janvier 1999
- 185 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Legal, Ethical and Human Rights Issues Raised by HIV/AIDS: A Planning Report*, January 1999
- 186 Le centre canadien de documentation sur le VIH/sida, *Meeting Our Objectives, 1998-99*, 20 janvier 1999
- 187 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Legal, Ethical and Human Rights Issues Raised by HIV/AIDS: A Planning Report*, January 1999
- 188 Le centre canadien de documentation sur le VIH/sida, *Meeting Our Objectives, 1998-99*, 20 janvier 1999
- 189 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Legal, Ethical and Human Rights Issues Raised by HIV/AIDS: A Planning Report*, January 1999
- 190 Le centre canadien de documentation sur le VIH/sida, *Meeting Our Objectives, 1998-99*, 20 janvier 1999
- 191 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Legal, Ethical and Human Rights Issues Raised by HIV/AIDS: A Planning Report*, January 1999

- 192 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Report on Phase One and Two of the Project on Aboriginal People and HIV/AIDS: The Role of the Network*, September 1999
- 193 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, www.aidslaw.ca
- 194 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 195 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 196 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 197 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 198 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 199 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 200 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 201 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 202 Le centre canadien de documentation sur le VIH/sida, *Meeting Our Objectives, 1998-99*, 20 janvier 1999
- 203 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 204 LE RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, www.aidslaw.ca
- 205 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, www.caan.ca
- 206 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, *Operational Funding Proposal*, mai 1998.
- 207 Le centre canadien de documentation sur le VIH/sida, *Meeting Our Objectives, 1998-99*, 20 janvier 1999
- 208 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 209 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, www.caan.ca
- 210 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, *Operational Funding Proposal*, mai 1998.
- 211 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.

- 212 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, *Operational Funding Proposal*, mai 1998.
- 213 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 214 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 215 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 216 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 217 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, www.caan.ca
- 218 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, *Operational Funding Proposal*, mai 1998.
- 219 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, *Operational Funding Proposal*, mai 1998.
- 220 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 221 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, www.caan.ca
- 222 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, *Operational Funding Proposal*, mai 1998.
- 223 SANTÉ CANADA, Programmes, http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hiv_aids.
- 224 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 225 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, www.caan.ca
- 226 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 227 La coalition interagence sida et développement, *Plan de travail 1999-2000*
- 228 La coalition interagence sida et développement, *Operational Funding Proposal to Health Canada, La stratégie canadienne sur le VIH/sida*, mai 1998.

- 229 SANTÉ CANADA, VIH/sida collaboration internationale, *Faire le point*, www.hc-sc.gc.ca/datapcb/iad/issue1
- 230 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 231 La coalition interagence sida et développement, *Plan de travail 1999-2000*
- 232 La coalition interagence sida et développement, *Operational Funding Proposal to Health Canada*, La stratégie canadienne sur le VIH/sida, mai 1998
- 233 SANTÉ CANADA, VIH/sida collaboration internationale, *Faire le point*, www.hc-sc.gc.ca/datapcb/iad/issue1
- 234 La coalition interagence sida et développement, *Plan de travail 1999-2000*
- 235 SANTÉ CANADA, VIH/sida collaboration internationale, *Faire le point*, www.hc-sc.gc.ca/datapcb/iad/issue1
- 236 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 237 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 238 La coalition interagence sida et développement, *Plan de travail 1999-2000*
- 239 SANTÉ CANADA, VIH/sida collaboration internationale, *Faire le point*, www.hc-sc.gc.ca/datapcb/iad/issue1
- 240 La coalition interagence sida et développement, *Operational Funding Proposal to Health Canada*, La stratégie canadienne sur le VIH/sida, mai 1998
- 241 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 242 La coalition interagence sida et développement, *Plan de travail 1999-2000*
- 243 SANTÉ CANADA, VIH/sida collaboration internationale, *Faire le point*, www.hc-sc.gc.ca/datapcb/iad/issue1
- 244 La coalition interagence sida et développement, *Operational Funding Proposal to Health Canada*, La stratégie canadienne sur le VIH/sida, mai 1998
- 245 La coalition interagence sida et développement, *Plan de travail 1999-2000*
- 246 La coalition interagence sida et développement, *Plan de travail 1999-2000*

- 247 SANTÉ CANADA, VIH/sida collaboration internationale, *Faire le point*, www.hc-sc.gc.ca/datapcb/iad/issue1
- 248 SANTÉ CANADA, VIH/sida collaboration internationale, *Faire le point*, www.hc-sc.gc.ca/datapcb/iad/issue1
- 249 SANTÉ CANADA, VIH/sida collaboration internationale, *Faire le point*, www.hc-sc.gc.ca/datapcb/iad/issue1
- 250 SANTÉ CANADA, VIH/sida collaboration internationale, *Faire le point*, www.hc-sc.gc.ca/datapcb/iad/issue1
- 251 SANTÉ CANADA, VIH/sida collaboration internationale, *Faire le point*, www.hc-sc.gc.ca/datapcb/iad/issue1
- 252 La coalition interagence sida et développement, *Plan de travail 1999-2000*
- 253 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 254 Le réseau canadien pour les essais VIH, www.hivnet.ubc.ca/ctn.html
- 255 Le réseau canadien pour les essais VIH, *Rapport annuel 1998-99*
- 256 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 257 Le conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *Annual Report 1998-99 Project Year*
- 258 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 259 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 260 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 261 Le réseau canadien pour les essais VIH, www.hivnet.ubc.ca/ctn.html
- 262 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 263 Le réseau canadien pour les essais VIH, www.hivnet.ubc.ca/ctn.html.
- 264 Le conseil de recherches médicales du Canada, www.cihr.gc.ca.
- 265 Le programme national de recherche et développement en matière de santé, www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/nhrdp/indexe.html LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA,

Rapport annuel 1998-1999

- 266 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*.
- 267 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 268 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, www.caan.ca
- 269 THE BC CENTRE FOR EXCELLENCE IN HIV/AIDS,
<http://www.cfeweb.hivnet.ubc.ca/cfe.html>.
- 270 LE CONSEIL DE RECHERCHES MÉDICALES DU CANADA, www.cihr.ca
- 271 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 272 RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA, www.caan.ca
- 273 THE BC CENTRE FOR EXCELLENCE IN HIV/AIDS,
<http://www.cfeweb.hivnet.ubc.ca/cfe.html>.
- 274 LE CONSEIL DE RECHERCHES MÉDICALES DU CANADA, www.cihr.ca
- 275 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 276 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 277 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 278 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 279 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 280 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 281 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 282 Health Canada, *Comments and Review Notes First Annual Report on the Canadian Strategy on HIV/AIDS-Final Draft*, September 1 to 30, 1999.
- 283 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.

- 284 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 285 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 286 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 287 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 288 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 289 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 290 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 291 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 292 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 293 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 294 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 295 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 296 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 297 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 298 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 299 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 300 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*
- 301 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Rapport annuel 1998-1999*

- 302 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 303 SANTÉ CANADA, *Rapport du Canada sur le VIH/sida 1998: Des perspectives et de l'espoir à partager*, 1998.
- 304 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 305 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 306 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 307 SANTÉ CANADA, *Rapport du Canada sur le VIH/sida 1998: Des perspectives et de l'espoir à partager*, 1998.
- 308 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 309 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 310 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 311 SANTÉ CANADA, *Premier rapport annuel sur la stratégie canadienne sur le VIH/sida: de mai 1998 à mars 1999*; plus des notes et commentaires.
- 312 SANTÉ CANADA : *Pour un avenir en santé: deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de catalogue H39-468/1999F.
- 313 SANTÉ CANADA : *Pour un avenir en santé: deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de catalogue H39-468/1999F.
- 314 SANTÉ CANADA : *Tests de dépistage à VIH chez les canadiens : 15 000 cas récents d'infection par le VIH ne sont pas diagnostiqués*. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, avril 2000.
- 315 SANTÉ CANADA : *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada: 40 100 vivent avec une infection à VIH et 4 200 nouvelles infections se déclarent à chaque année*. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, avril 2000.

- 316 ALBERT, Terry et WILLIAMS, Greg, *The Economic Burden of HIV/AIDS in Canada*, Étude des RCRPP n° H02,1998.
- 317 STRATHDEE, S. A., et SCHECHTER, Michael T., « The Epidemiology of AIDS in Canada », *Practical Allergy and Immunology*, 1995, 10 (5) , pages 172 à 178.
- 318 ALBERT, Terry et WILLIAMS, Greg, *The Economic Burden of HIV/AIDS in Canada*, Étude des RCRPP n° H02,1998.
- 319 LOW-BEER, S., CHAN, K., YIP, B., CRAIB, K.J.P. et autres, « Improved Quality of Life Accompanies Initiation of Protease Inhibitors among HIV-Positive Individuals », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C382P, page 64B.
- 320 ALBERT, Terry et WILLIAMS, Greg, *The Economic Burden of HIV/AIDS in Canada*, Étude des RCRPP n° H02,1998.
- 321 SANTÉ CANADA : *Le VIH et le sida au Canada: Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1998*, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada., avril 1999.
- 322 SANTÉ CANADA : *Le VIH et le sida au Canada: Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1998*, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada., avril 1999.
- 323 SUTHERLAND, Donald. *Public Health Aspects of HIV Reporting and Surveillance : An Overview*. Présentation à la reunion de planification pour la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, Ottawa, octobre 1999.
- 324 ANDRESON, J. F., « Holding the lid on HIV », *Canadian Public Health Journal*, septembre/octobre 1999, pages 296 et 297.
- 325 SANTÉ CANADA : *Le VIH et le sida au Canada: Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1998*, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada., avril 1999.
- 326 STRATHDEE, S. A., et SCHECHTER, Michael T., « The Epidemiology of AIDS in Canada », *Practical Allergy and Immunology*, 1995, 10 (5) , pages 172 à 178.
- 327 STRATHDEE, S. A., et SCHECHTER, Michael T., « The Epidemiology of AIDS in Canada », *Practical Allergy and Immunology*, 1995, 10 (5) , pages 172 à 178.
- 328 ALBERT, Terry et WILLIAMS, Greg, *The Economic Burden of HIV/AIDS in Canada*, Étude des RCRPP n° H02,1998.
- 329 SANTÉ CANADA : *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada: 40 100 vivent avec une infection à VIH et 4 200 nouvelles infections se*

- déclarent à chaque année. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, avril 2000.
- 330 SANTÉ CANADA : *Tests de dépistage à VIH chez les canadiens : 15 000 cas récents d'infection par le VIH ne sont pas diagnostiqués*. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, avril 2000.
- 331 SANTÉ CANADA : *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada: 40 100 vivent avec une infection à VIH et 4 200 nouvelles infections se déclarent à chaque année*. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, avril 2000.
- 332 ALBERT, Terry et WILLIAMS, Greg, *The Economic Burden of HIV/AIDS in Canada*, Étude des RCRPP n° H02, 1998.
- 333 MYERS, Ted et autres, *The HIV Test Experience Study : An Analysis of Test Providers' and Test Recipients Descriptions and Critical Appraisals of the HIV Antibody Test Experience*, Toronto, University of Toronto Press, c1998.
- 334 REMIS, Robert, et autres, « HIV Test Utilization by Homosexual Men in Montreal », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C318, page 47B.
- 335 ALLMAN, Dan, *A pour Actes, M pour Mutuels : le travail du sexe au masculin et le sida au Canada*, c. 1999, 109 p.
- 336 SWAMINATHAN, A., WAASAYKEESIC, A., et autres, «First Nations HIV/AIDS Resilience Project : Key Findings of Pilot Study », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C388, page 66B.
- 337 MYERS, Ted et autres, *The HIV Test Experience Study : An Analysis of Test Providers' and Test Recipients Descriptions and Critical Appraisals of the HIV Antibody Test Experience*, Toronto, University of Toronto Press, c1998.
- 338 SANTÉ CANADA et STATISTIQUE CANADA: *Rapport statistique sur la santé des canadiens. Rapport préparé par le comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population*, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, c 1999. N° de catalogue H39-467/1999E.
- 339 SANTÉ CANADA, *Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, mai 1999.
- 340 ALARY, M. 1998 *SURV-IDU. Compte rendu de la septième réunion annuelle de l'épidémiologie du VIH (Hull, du 12 au 14 novembre 1998)*, pages 16 à 22.
- 341 O'SHAUGHNESSY, Michael. *Vancouver Injection Drug Users Study. Compte rendu de la septième réunion annuelle de l'épidémiologie du VIH (Hull, du 12 au 14 novembre 1998)*, pages 32 et 33.

- 342 BLANCHARD, J, ELLIOTT, L., DINNER, K. et autres, *The Winnipeg Injection Drug Epidemiology (WIDE) Study*. Présenté à la réunion annuelle de l'Association canadienne de santé publique, Winnipeg, juin 1999.
- 343 SANTÉ CANADA, *Compte rendu de la troisième réunion annuelle sur la surveillance et la recherche relatives au VIH/sida chez les Autochtones (Montréal, les 29 et 30 mai 1998)*, Division de l'épidémiologie du VIH, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, Santé Canada.
- 344 SANTÉ CANADA, *Compte rendu de la septième réunion annuelle de l'épidémiologie du VIH (Hull, du 12 au 14 novembre 1998)*, Division de l'épidémiologie du VIH, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, Santé Canada.
- 345 SANTÉ CANADA, *Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada*, Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, mai 1999 et avril 2000.
- 346 SANTÉ CANADA, *Examen de la recherche sur le VIH/sida chez les autochtones : document de travail*, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de catalogue H34-94/1998E.
- 347 RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *HIV/AIDS and Hepatitis C in Prisons : The Facts*. Feuille d'information N° 1.
- 348 JÜRGENS, Ralf, *HIV/AIDS in Prisons: Final Report*, Réseau juridique canadien VIH/sida et la Société canadienne du sida, septembre 1996.
- 349 FORD, P., PEARSON, M., STEVENSON, T., et autres, « Risk Behaviour in a Canadian Federal Penitentiary - Association with Hepatitis C and HIV Seroprevalence », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C385, page 65B.
- 350 JÜRGENS, Ralf, *HIV/AIDS in Prisons: Final Report*, Réseau juridique canadien VIH/sida et la Société canadienne du sida, septembre 1996.
- 351 STRATHDEE, S. A., et SCHECHTER, Michael T., « The Epidemiology of AIDS in Canada », *Practical Allergy and Immunology*, 1995, 10 (5) , pages 172 à 178.
- 352 SANTÉ CANADA : *Pour un avenir en santé: deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de catalogue H39-468/1999E.
- 353 SANTÉ CANADA, *Compte rendu de la troisième réunion annuelle sur la surveillance et la recherche relatives au VIH/sida chez les Autochtones (Montréal, les 29 et 30 mai 1998)*, Division de l'épidémiologie du VIH, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, Santé Canada.

- 354 SANTÉ CANADA : *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada: 40 100 vivent avec une infection à VIH et 4 200 nouvelles infections se déclarent à chaque année.* Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, avril 2000.
- 355 SANTÉ CANADA, *Compte rendu de la troisième réunion annuelle sur la surveillance et la recherche relatives au VIH/sida chez les Autochtones (Montréal, les 29 et 30 mai 1998)*, Division de l'épidémiologie du VIH, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, Santé Canada.
- 356 NGUYEN, Mai « Update on HIV/AIDS Surveillance and Research Activities among Aboriginal People », *Compte rendu de la troisième réunion annuelle sur la surveillance et la recherche relatives au VIH/sida chez les Autochtones (Montréal, les 29 et 30 mai 1998)*, pages 23 à 27.
- 357 SANTÉ CANADA, *Compte rendu de la troisième réunion annuelle sur la surveillance et la recherche relatives au VIH/sida chez les Autochtones (Montréal, les 29 et 30 mai 1998)*
- 358 SANTÉ CANADA, *Examen de la recherche sur le VIH/sida chez les autochtones : document de travail*, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de catalogue H34-94/1998E.
- 359 SANTÉ CANADA, *Examen de la recherche sur le VIH/sida chez les autochtones : document de travail*, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de catalogue H34-94/1998E.
- 360 SANTÉ CANADA, *Le VIH et le sida chez les femmes au Canada*, Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, mai 1999.
- 361 NGUYEN, M., « Demographic Characteristics and Drug Use Behaviours Among Aboriginal Drug Users », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C342, page 54B.
- 362 WEBER, A.E., CRAIB, P.J.K., PALEPU, A., et autres, « A Descriptive Study of Female Sex Workers Enrolled in a Prospective Cohort Study of Injection Drug Users », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C331, page 51B.
- 363 REMIS, Robert, MAJOR, C., et DEGAZIO, T. « Trends in HIV Testing Among Pregnant Women in Ontario, 1992 - 1998 », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C303, page 43B.
- 364 POULIN, C. et ALARY, M., « Medical Practice Regarding Prenatal HIV Testing 18 Months after the Launching of the Quebec Intervention Program on HIV Infection and

- Pregnancy », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C305, page 43B.
- 365 NGYUEN, M., « Demographic Characteristics and Drug Use Behaviours Among Aboriginal Drug Users », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C342, page 54B.
- 366 SANTÉ CANADA, *Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada*, Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, mai 1999 et avril 2000.
- 367 SANTÉ CANADA : *Le VIH et le sida au Canada: Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1998*, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada., avril 1999.
- 368 SANTÉ CANADA : *Le VIH et le sida au Canada: Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1998*, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada., avril 1999.
- 369 ORGANIZATION MONDIALE SANTÉ, *The Ottawa Charter for Health Promotion*, Genève: OMS.
- 370 SANTÉ CANADA : *Pour un avenir en santé: deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de catalogue H39-468/1999E.
- 371 NGUYEN, Mai, *Inventory of HIV Incidence and Prevalence Studies in Canada*, Ottawa: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, avril 1999.
- 372 HOUSTON, S., *Comportements à risque à l'égard du VIH chez les Canadiens : Examen et synthèse*, Division de l'épidémiologie du VIH, LLCM, Santé Canada, 1998.
- 373 SANTÉ CANADA, *Compte rendu de la septième réunion annuelle de l'épidémiologie du VIH (Hull, du 12 au 14 novembre 1998)*, Ottawa, Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie.
- 374 STRATHDEE, S. « Social Determinants Related to the Risk of HIV Infection and Progression to AIDS », *Clarion* 4 (1), pages 2 à 4.
- 375 ECHENBERG, H. « Personal Transfers : Analysis of CAS Income Security Data and Policy Implications. » Document de référence préparé pour le Réseaux canadiennes de recherche en politiques publiques, Ottawa, c.1997.
- 376 LOW-BEER, S., CHAN, K., YIP, B., CRAIB, K.J.P. et autres, « A Demographic and Health Profile of HIV-Positive Gay and Bisexual Men in the West End of Vancouver », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième

- conference canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C374, page 62B.
- 377 HEATH, K.V., MILLER, M.L., MARTINDALE, S.L. et autres, « Risk Factors for HIV Infection among Young Aboriginal and Non-Aboriginal Men who have Sex with Men », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conference canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C340, page 53B.
- 378 MYERS, Ted, ENNIS, M., CALZAVARA, Liviana, et autres, « The Influence of Age and Education on Unsafe Sexual Practices of Men who have Sex with Men : An Analysis of Three Surveys », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conference canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C317, page 47B.
- 379 MULLER, J., PALEPU, A., MILLER, C., et autres, « Factors Associated with Poor Self-reported Health Status in the VIDUS Cohort », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conference canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C330, page 50B.
- 380 WEBER, A.E., CRAIB, P.J.K., PALEPU, A., et autres, « A Descriptive Study of Female Sex Workers Enrolled in a Prospective Cohort Study of Injection Drug Users », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conference canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C331, page 51B.
- 381 HANVELT, R.A., SCHNEIDER, D., COPLEY, T., et autres. « Variations in Antiretroviral Drug Use Patterns Between Groups of Persons Living with HIV, Controlled for Disease Staging in Vancouver, Canada », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conference canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C375p, page 62B.
- 382 GOLDSTONE, I.L., PERRY, T., HOGG, R.S, et autres, « HIV Injection Drug Users at a Tertiary Treatment Centre in Vancouver, 1996-1998 », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conference canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C371p, page 61B.
- 383 NGUYEN, M., CALDER, P., ELLIOTT, L. et autres, « Demographic Characteristics and Drug Using Behaviour among Aboriginal Injection Drug Users in Canada », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conference canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C342, page 54B.
- 384 McLEOD, A. and ALBERT, D., « Canadian Aboriginal AIDS Network (CAAN) Harm Reduction Model », *Compte rendu de la troisième réunion annuelle sur la surveillance et la recherche relatives au VIH/sida chez les Autochtones (Montréal, les 29 et 30 mai 1998)*, pages 34 à 36.
- 385 HEATH, K. STRATHDEE, S.A., PALEPU, A. et autres, « Determinants of HIV Infection in a Cohort of Native Canadian Injection Drug Users », *Canadian Journal of*

- Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait 208, page 30A.
- 386 MILL, J. E., « HIV Risk Behaviours Become Survival Techniques for Aboriginal Women », *Western Journal of Nursing Research*, 19 (4), pages 466 à 487.
- 387 HEATH, K., CHAN, K., SCHECHTER, M. T. et autres, « Aboriginal Participants in an HIV/AIDS Drug Treatment Program », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C341, page 54B.
- 388 CHAN, K., BARTHOLOMEW, K., LANDOLT, M., ORAM, D. et autres, « Improvements in Gay and Bisexual Life Expectancy Attributed to the Use of New Antiretroviral Regimens », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C319, page 48B.
- 389 YIP, B., WOOD, E., CHAN, K., MONTANER, J.S.C. et autres, « Medical Service Costs Decline with the Advent of Newer Antiretroviral Therapy among Persons in a Province-wide Treatment Program », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C302, page 42B.
- 390 WOOD, E., LOW-BEER, S., YIP, B., CRAIB, K.J.P. et autres, « Mortality Decline among Persons on Antiretrovirals Accompanied by Improvements in Employment and Health Status », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C337, page 53B.
- 391 LOW-BEER, S., CHAN, K., YIP, B., O'SHAUGHNESSY, M.V., « Improved Quality of Life Accompanied by Initiation of Protease Inhibitors among HIV-positive Individuals », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C382P, page 64B.
- 392 WOOD, E., LOW-BEER, S., YIP, B., CRAIB, K.J.P. et autres, « Mortality Decline among Persons on Antiretrovirals Accompanied by Improvements in Employment and Health Status », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C337, page 53B.
- 393 LOW-BEER, S., CHAN, K., YIP, B., O'SHAUGHNESSY, M.V., « Improved Quality of Life Accompanied by Initiation of Protease Inhibitors among HIV-positive Individuals », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C382P, page 64B.
- 394 LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, *Force for Change: Labour Force Participation for People Living with HIV/AIDS*. Ottawa: Société canadienne du sida, c1998.

- 395 STRATHDEE, S. A., et SCHECHTER, Michael T., « The Epidemiology of AIDS in Canada », *Practical Allergy and Immunology*, 1995, 10 (5) , pages 172 à 178.
- 396 ALBERT, Terry et WILLIAMS, Greg, *The Economic Burden of HIV/AIDS in Canada*, Étude des RCRPP n° H02,1998.
- 397 STRATHDEE, S. A., et SCHECHTER, Michael T., « The Epidemiology of AIDS in Canada », *Practical Allergy and Immunology*, 1995, 10 (5) , pages 172 à 178.
- 398 HOUSTON, S.M., ARCHIBALD, C.P., STRIKE, C., et SUTHERLAND, D. « Factors Associated with HIV Testing in the Canadian General Population : Results of a Population-Based Survey », *International Journal of STD and AIDS* 9, pages 341 à 346.
- 399 HOUSTON, S.M., ARCHIBALD, C.P., STRIKE, C., et SUTHERLAND, D. « Factors Associated with HIV Testing in the Canadian General Population : Results of a Population-Based Survey », *International Journal of STD and AIDS* 9, pages 341 à 346.
- 400 HOUSTON, S.M., ARCHIBALD, C.P., et SUTHERLAND, D. « Sexual Risk Behaviours are Associated with HIV Testing in the Canadian General Population », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 9, Supplement A : 39A, page 239.
- 401 HOUSTON, S.M., « Caractéristiques des Canadiennes qui ont subi le test de dépistage du VIH », *Compte rendu de la septième réunion annuelle de l'épidémiologie du VIH (Hull, du 12 au 14 novembre 1998)*. Ottawa: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, c.1998, pages 71 à 73.
- 402 SANTÉ CANADA : *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada: 40 100 vivent avec une infection à VIH et 4 200 nouvelles infections se déclarent à chaque année.* Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, avril 2000.
- 403 SANTÉ CANADA : *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada: 40 100 vivent avec une infection à VIH et 4 200 nouvelles infections se déclarent à chaque année.* Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, avril 2000.
- 404 ALBERT, Terry et WILLIAMS, Greg, *The Economic Burden of HIV/AIDS in Canada*, Étude des RCRPP n° H02,1998.
- 405 SANTÉ CANADA : *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada: 40 100 vivent avec une infection à VIH et 4 200 nouvelles infections se déclarent à chaque année.* Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, avril 2000.
- 406 ALBERT, Terry et WILLIAMS, Greg, *The Economic Burden of HIV/AIDS in Canada*, Étude des RCRPP n° H02,1998.

- 407 KING, A., BEAZLEY, R., WARREN, W., HANKINS, C., ROBERTSON, A., et RADFORD, J., « Canada Youth and AIDS Study », Social Program Evaluation Group, Queen's University, Kingston, Ontario, c.1988.
- 408 ORNSTEIN, M., « AIDS in Canada », Toronto: Institute for Social Research, York University, c.1990.
- 409 STATISTIQUE CANADA, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, Ottawa, Statistique Canada, c.1998.
- 410 FNIHS COMITÉ DIRECTION NATIONAL, « First Nations and Inuit Health Surveys », Ottawa, Comité direction national des Premières nations et les Inuits, 1999.
- 411 NGUYEN, Mai, *Inventory of HIV Incidence and Prevalence Studies in Canada*, Ottawa: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, avril 1999.
- 412 HOUSTON, S., *Comportements à risque à l'égard du VIH chez les Canadiens : Examen et synthèse*, Division de l'épidémiologie du VIH, LLCM, Santé Canada, 1998.
- 413 SANTÉ CANADA, *Compte rendu de la septième réunion annuelle de l'épidémiologie du VIH, Hull (Québec), du 12 au 14 novembre 1998*. Ottawa: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie.
- 414 ALBERT, Terry et WILLIAMS, Greg, *The Economic Burden of HIV/AIDS in Canada*, Étude des RCRPP n° H02, 1998.
- 415 STRATHDEE, S. « Social Determinants Related to the Risk of HIV Infection and Progression to AIDS », *Clarion* 4 (1), pages 2 à 4.
- 416 HOGG, R.S., STRATHDEE, S.A., CRAIB, K.J.P., et autres, « Lower Socio-Economic Status and Shorter Survival Following HIV Infection », *Lancet*, 344: pages 1120 à 1124, Londres, c.1994.
- 417 HEATH, K.V., MILLER, M.L., MARTINDALE, S.L. et autres, « Risk Factors for HIV Infection among Young Aboriginal and Non-Aboriginal Men who have Sex with Men », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C340, page 53B.
- 418 NGYUEN, M., « Demographic Characteristics and Drug Use Behaviours Among Aboriginal Drug Users », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement "B" pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C342, page 54B.
- 419 MYERS, Ted, ENNIS, M., CALZAVARA, Liviana, et autres, « The Influence of Age and Education on Unsafe Sexual Practices of Men who have Sex with Men : An Analysis of Three Surveys », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10,

Supplement “B” pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C317, page 47B.

- 420 MILLER, M.L., WEBER, A.E., MARTINDALE, S.L., et autres, « Comparison of HIV Incidence and Risk Behaviours Between Male Sex Trade Workers and Other Young Men Having Sex with Men in an Ongoing Prospective Study », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement “B” pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C323, page 49B.
- 421 WEBER, A.E., CRAIB, P.J.K., PALEPU, A., et autres, « A Descriptive Study of Female Sex Workers Enrolled in a Prospective Cohort Study of Injection Drug Users », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement “B” pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C331, page 51B.
- 422 MULLER, J., PALEPU, A., MILLER, C., et autres, « Factors Associated with Poor Self-reported Health Status in the VIDUS Cohort », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement “B” pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C330, page 50B.
- 423 LOW-BEER, S., CHAN, K., YIP, B., CRAIB, K.J.P. et autres, « A Demographic and Health Profile of HIV-Positive Gay and Bisexual Men in the West End of Vancouver », *Canadian Journal of Infectious Diseases* 10, Supplement “B” pour le huitième conférence canadien sur le VIH/sida, Abstracts. Abstrait C374, page 62B.
- 424 ALLMAN, Dan, *A pour Actes, M pour Mutuels : le travail du sexe au masculin et le sida au Canada*, c. 1999, 109 p.

