CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

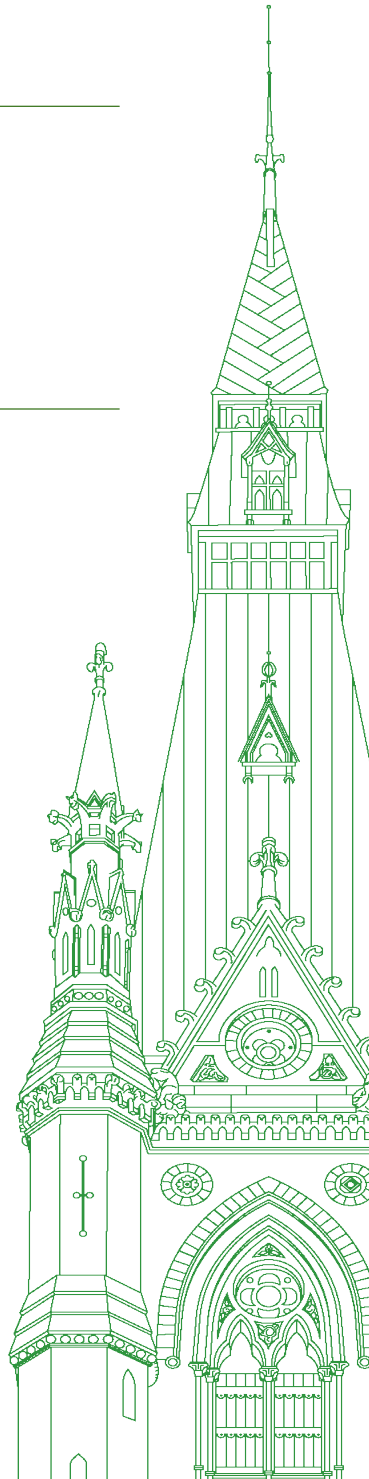
45e LÉGISLATURE, 1re SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 042

Le mercredi 4 novembre 2026



Président : Sukh Dhaliwal

Comité permanent de la santé

Le mercredi 4 novembre 2026

● (1630)

[*Traduction*]

Le président (Sukh Dhaliwal (Surrey Newton, Lib.)): La séance est ouverte.

Bienvenue à la 42 e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. La réunion d'aujourd'hui se déroule sous forme hybride, conformément au Règlement.

J'aimerais rappeler les consignes suivantes aux participants. Veuillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Si vous participez à la réunion par vidéoconférence, cliquez sur l'icône du microphone pour activer votre micro et veuillez vous mettre en sourdine lorsque vous ne parlez pas. Au bas de votre écran, vous pouvez sélectionner le canal approprié pour l'interprétation: le parquet, l'anglais ou le français. Les députés dans la salle doivent lever la main s'ils souhaitent prendre la parole, et ceux sur Zoom doivent utiliser la fonction « Lever la main. » Je vous rappelle que tous les commentaires doivent être adressés à la présidence.

Conformément à l'article 108 du Règlement et à la motion qu'a adoptée le Comité le mercredi 23 septembre 2026, le Comité entreprend son étude sur les infections par le VIH au Canada.

Avant d'accueillir les témoins, j'aimerais souhaiter la bienvenue aux honorables députés qui sont ici aujourd'hui, mais qui ne sont pas des membres permanents du Comité.

Je vois mon cher ami, M. Redekopp. Vous êtes en voie de devenir un membre permanent. Nous vous souhaitons la bienvenue. Nous serions ravis de vous accueillir comme membre permanent. Mme Kronis, députée de ma province, la Colombie-Britannique, est aussi parmi nous. Bienvenue. Mme Block, députée de la Saskatchewan, participe à la réunion. Bienvenue. Vous êtes les bienvenus au Comité et vous pouvez participer aux discussions comme bon vous semble.

Au nom des membres du Comité, j'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins de la première heure.

Nous accueillons Mme Mia Biondi, professeure agrégée et infirmière praticienne, qui comparaît à titre personnel. Bienvenue, madame Biondi.

Nous recevons aussi les représentants de l'Agence de la santé publique du Canada: la vice-présidente de la Direction générale des programmes sur les maladies infectieuses et de la vaccination, la Dre Crowcroft; et le directeur général du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, à la Direction générale des programmes sur les maladies infectieuses et de la vaccination, M. Sternthal.

Enfin, nous accueillons les représentants de l'Université du Manitoba: le Dr Keynan, médecin spécialiste des maladies infectieuses et du VIH; et la Dre Rueda, professeure et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les maladies infectieuses, la multimorbidité et la syndémique.

Bienvenue à tous les témoins. Nous vous remercions de votre présence et nous sommes impatients d'entendre vos précieux témoignages.

J'aimerais rappeler aux témoins que les membres du Comité peuvent poser des questions en français ou en anglais. Si vous avez besoin des services d'interprétation, veuillez dès maintenant préparer votre oreillette et sélectionner le canal d'écoute dont vous avez besoin.

Chaque organisation dispose de cinq minutes. Je lèverai la main lorsque les cinq minutes seront écoulées et je vous demanderai de vous arrêter.

Commençons par Mme Biondi, pour cinq minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

● (1635)

Mia Biondi (professeure agrégée, infirmière praticienne, à titre personnel): Bonjour. Je vous remercie de vous réunir ici aujourd'hui et de m'avoir invitée à prendre la parole.

Je m'appelle Mia Biondi. Je suis titulaire d'un doctorat en microbiologie comprenant un programme de recherche sur le VIH, l'hépatite virale et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, ou ITSS. Je suis infirmière praticienne en soins primaires et j'ai une expérience clinique dans les domaines des services sociaux dans la rue, de la santé mentale et de la toxicomanie, de la santé sexuelle et de quatre modèles de soins primaires, y compris la santé des réfugiés. Je suis professeure agrégée à l'Université York et je dirige des programmes de prévention du VIH facilement accessibles pour la province.

Je vais aborder plusieurs sujets aujourd'hui, mais j'aimerais d'abord parler de la mise à mal, partout au pays, de la réduction des méfaits. Avec la fermeture des sites de consommation supervisée, l'accent mis sur les programmes axés sur l'abstinence et, plus récemment, les nouveaux obstacles imposés aux médecins prescripteurs pour empêcher un approvisionnement plus sécuritaire, nous ne pouvons pas oublier que la réduction des méfaits a été et continuera d'être le meilleur moyen de prévenir le VIH et les ITSS. La réduction des méfaits offre aux patients des espaces sûrs pour recevoir des soins et un approvisionnement, ce qui prévient sans contredit la transmission des maladies tout en favorisant le sentiment de confiance. La réduction des méfaits est constamment à la merci des pressions politiques et des nouveaux gouvernements qui se succèdent. C'est l'outil le plus efficace de notre boîte à outils, et pourtant, cette solution n'est jamais la priorité au Canada. J'exhorte le Comité à renforcer la coordination intergouvernementale en matière de réduction des méfaits à l'échelle du pays.

Un aspect important de mon leadership clinique s'articule autour du dépistage hors laboratoire. Ce dépistage peut se faire dans le cadre d'activités de sensibilisation, en clinique, dans les régions rurales et éloignées et dans de nombreux autres contextes. Il permet de faire le pont entre les patients et les soins de santé — et de ramener les patients vers les soins — et peut être effectué à la fois par les fournisseurs de soins de santé et les travailleurs d'autres secteurs. De nombreux programmes au pays emploient des travailleurs de proximité, qui réussissent bien mieux que les fournisseurs de soins de santé à établir un contact avec les patients. Des ressources adéquates pour le dépistage hors laboratoire partout au pays, jumelées à une sensibilisation communautaire dirigée par les pairs, permettront de prévenir les nouvelles infections et d'amener les patients vers les soins de santé. Le dépistage hors laboratoire a sa place au sein de l'Agence de la santé publique du Canada, surtout si du financement est offert pour la mise en œuvre afin de soutenir la communauté.

En plus de la réduction des méfaits et du dépistage, la prévention par voies biomédicales — comme la prophylaxie préexposition, ou PPrE, au VIH; la prophylaxie post-exposition, ou PPE; et la prophylaxie post-exposition en poche, ou PPEP, prescrite à l'avance — est également financée différemment d'une région à l'autre du pays. Certains patients ont une assurance privée ou publique, certes, mais cette couverture n'est pas universelle, ce qui entraîne des inégalités. Le Canada dispose de médicaments de prévention du VIH depuis plus d'une décennie. Ils sont sûrs et efficaces, mais de nombreuses communautés n'y ont pas accès.

Les Africains, les Antillais, les Noirs, ainsi que les femmes autochtones sont surreprésentés parmi les personnes vivant avec le VIH, ainsi que parmi celles qui devraient avoir accès aux traitements de prévention du VIH. Le ratio de PPrE par rapport aux besoins — qui correspond au nombre de personnes séronégatives qui utilisent la PPrE chaque année — illustre clairement cette réalité. Par exemple, pour chaque homme infecté par le VIH, 23 hommes utilisent la PPrE. Pour chaque femme infectée, une femme a recours à la PPrE.

Dans le cadre de certaines de nos recherches dans le Sud de l'Ontario, nous avons recruté 302 femmes dans des refuges, des centres de traitement de la toxicomanie et des programmes de jour pour femmes. Ces femmes étaient sexuellement actives ou consommaient des substances, ou encore adoptaient ces deux comportements. Nous avons constaté que 93 % d'entre elles ne croyaient pas courir de risque, alors que 50 % présentaient en fait un risque objectif. De plus, 90 % de cet échantillon ne s'étaient jamais vu offrir la PPrE ou la PPE. Qui plus est, les femmes qui se déclaraient à haut risque pensaient soit ne pas être admissibles à la PPrE, soit ne pas y avoir accès. Nous avons également démontré cette réalité dans une étude menée auprès de fournisseurs de soins de santé qui n'offrent pas de médicaments de prévention du VIH aux femmes. Cet état des lieux n'a pratiquement pas changé au cours de la dernière décennie.

Comme vous le savez, le Programme fédéral de santé intérimaire, ou PFSI, et le Programme des services de santé non assurés sont tous deux financés par le gouvernement fédéral. Bien que certains médicaments de prévention du VIH soient offerts dans le cadre du PFSI, lorsque la couverture fédérale est postérieure à la couverture provinciale, la PPE n'est souvent pas couverte. En fait, dans la plupart des collectivités, la PPE n'est offerte que dans les salles d'urgence ou dans les environnements traitant les cas d'agressions sexuelles, en vertu de protocoles et de critères précis. De plus, la PPE est souvent offerte dans des trousses de départ; les patients quittent donc souvent la salle d'urgence sans l'ordonnance complète et sans avoir accès au reste de l'ordonnance, et ils risquent de contracter le VIH. C'est un gaspillage des ressources de la salle d'urgence.

Aux côtés de la thérapie orale, la PPrE injectable à action prolongée sera révolutionnaire pour le VIH à l'échelle mondiale et au Canada, mais nous accusons déjà du retard dans son déploiement. Dans ce contexte, et sachant que nous pourrons un jour procéder à des injections annuelles pour la prévention du VIH à action prolongée, le Canada doit vraiment aller de l'avant si nous sommes en mesure de changer la trajectoire des nouvelles éclosions de VIH.

Je m'en voudrais de ne pas souligner que les infirmières sont les piliers de ces efforts et qu'il faut des fonds supplémentaires pour en embaucher afin de soutenir la prévention, le dépistage, le traitement et les soins. À l'heure actuelle, ces postes se retrouvent souvent dans des services de santé publique et de santé sexuelle, où les ressources sont insuffisantes pour assumer des rôles supplémentaires comme la prévention du VIH, même si les infirmières aimeraient beaucoup s'en acquitter.

● (1640)

Une infirmière autorisée ne peut pas rédiger d'ordonnances seule, mais mes recherches et celles d'autres chercheurs ont démontré qu'un simple mentorat et une simple formation peuvent préparer les infirmières à prodiguer un traitement de prévention du VIH et de l'hépatite virale. Nous ne devrions pas dépendre de médecins qui doivent se rendre dans les communautés en avion alors que les infirmières sur place ont les compétences nécessaires et ont simplement besoin de financement et d'autorisations.

Merci beaucoup de votre temps et de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui.

Le président: Merci, madame Biondi.

Nous allons maintenant passer à la Dre Crowcroft et à M. Sternthal,qui se partageront cinq minutes. Veuillez débuter.

Dre Natasha Crowcroft (Vice-présidente, Direction générale des programmes sur les maladies infectieuses et de la vaccination, Agence de la santé publique du Canada): Bonjour, monsieur le président, mesdames les vice-présidentes et mesdames et messieurs les membres du Comité.

Je suis la docteure Natasha Crowcroft. Je suis vice-présidente des programmes sur les maladies infectieuses et de la vaccination à l'Agence de la santé publique du Canada.

Je vous remercie de nous donner l'occasion de discuter du VIH et de la syphilis au Canada et du rôle de l'ASPC dans l'intervention nationale. Je suis accompagnée de mon collègue Steven Sternthal, qui est directeur général du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections.

Le VIH et la syphilis touchent de façon disproportionnée certaines tranches de la population canadienne, notamment les hommes gais, bisexuels et les autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes; les personnes qui s'injectent des drogues; les Autochtones; les communautés noires, qui représentent près du tiers des nouveaux diagnostics de VIH signalés; les personnes transgenres; les travailleuses et travailleurs du sexe; et les personnes qui sont ou ont été incarcérées. Une même personne peut appartenir à plusieurs de ces groupes, et les répercussions disproportionnées varient selon l'infection et la région.

Les progrès réalisés en matière de prévention, de dépistage et de traitement — comme vous venez de l'entendre — ont transformé notre capacité à réagir au VIH. Pourtant, des infections évitables continuent de survenir. Selon les estimations de l'Agence, environ 2 500 nouvelles infections par le VIH sont survenues en 2024, soit une augmentation de près de 23 % par rapport à son estimation mise à jour pour 2022 — ou environ sept nouvelles infections par jour.

Parmi les quelque 70 900 personnes vivant avec le VIH au Canada, près d'une sur dix ignorait son statut sérologique en 2024. L'épidémie ne touche pas toutes les régions du Canada uniformément. En 2024, le Manitoba et la Saskatchewan affichaient les taux de diagnostics de VIH les plus élevés, soit respectivement 19,5 et 18,6 par tranche de 100 000 habitants, chacun étant plus de trois fois supérieur au taux national de 5,5 pour 100 000 habitants. Au Manitoba, le taux a presque triplé entre 2019 et 2024, et la province a déclaré une urgence de santé publique liée au VIH en mai 2026. La Saskatchewan affiche, quant à elle, des taux élevés de façon persistante depuis plus d'une décennie. La transmission hétérosexuelle et la consommation de drogues par injection constituent des facteurs importants dans les deux provinces, ce qui souligne la nécessité d'adopter des approches adaptées aux tendances épidémiologiques locales et aux besoins des communautés.

Le Canada a fait des progrès vers l'atteinte des cibles mondiales en matière de VIH, mais des lacunes persistent. En 2024, on estimait que 91 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique, que 86 % des personnes ayant reçu un diagnostic suivaient un traitement et que 96 % des personnes sous traitement avaient atteint la suppression virale. Les personnes qui maintiennent une charge virale indétectable ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. C'est le principe « indétectable égale intransmissible, » ou I=I.

Le Plan d'action 2024-2030 du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang vise à accélérer la prévention, le diagnostic et le traitement afin de réduire les répercussions des ITSS sur la santé au Canada d'ici 2030. Il prône une approche intégrée en reconnaissant que le VIH et d'autres ITSS peuvent se concentrer et interagir dans un contexte de conditions sociales et structurelles communes, ce qui aggrave leurs conséquences sur la santé — un phénomène appelé « syndémie ». Le Plan souligne la nécessité d'une collaboration entre plusieurs ministères, les ordres de gouvernement, les partenaires autochtones et les organismes communautaires. Les provinces et les territoires assurent principalement la prestation des services de santé, tandis que l'Agence contribue à la surveillance nationale, à l'expertise scientifique, à l'élaboration de lignes directrices, à la coordination et aux investissements ciblés en prévention.

Les tendances relatives à d'autres ITSS sont également pertinentes, car ces infections augmentent le risque de transmission du VIH. Par exemple, les taux nationaux de syphilis infectieuse ont plus que triplé entre 2017 et 2022. Bien qu'ils aient diminué en 2023 et que les analyses préliminaires laissent entrevoir de nouvelles baisses jusqu'en 2025, ils demeurent élevés. La syphilis congénitale est également redevenue une préoccupation de santé publique.

Par l'entremise du Fonds d'initiatives communautaires et du Fonds pour la réduction des méfaits, l'ASPC investit 33,4 millions de dollars par année dans des initiatives communautaires de lutte contre les ITSS. Avec l'appui de l'Agence, les organismes communautaires ont distribué près de 240 000 trousses d'autodépistage du VIH à plus de 60 000 personnes entre 2022 et 2024. En septembre 2026, le gouvernement du Canada a annoncé un financement supplémentaire de 5 millions de dollars pour les trousses d'autodépistage du VIH et les services offerts par les pairs.

Grâce à son Laboratoire national de microbiologie, l'Agence a collaboré avec ses partenaires pour élargir l'accès au dépistage dans les communautés éloignées et mal desservies, où l'accès aux analyses de laboratoire habituelles peut être difficile. Ce travail comprend le soutien à la mise en œuvre du dépistage au point de service, au prélèvement de gouttes de sang séché et à la formation en laboratoire, afin de rapprocher le dépistage des personnes qui en ont besoin. En 2023 et 2024, 235 communautés avaient développé une capacité de dépistage moléculaire des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Il s'agit d'un élargissement important des capacités locales de dépistage, qui pourrait améliorer l'accès au dépistage en temps opportun et faciliter une prise en charge plus précoce.

● (1645)

Voulez-vous que je m'arrête maintenant?

Le président: Vous pouvez prendre 20 secondes pour conclure.

Dre Natasha Crowcroft: Alors que l'épidémie de VIH au Canada continue d'évoluer, l'Agence demeure résolue à collaborer avec ses partenaires, à renforcer les approches de prévention fondées sur des données probantes et à répondre aux nouveaux besoins en matière de santé publique.

Nous accueillons favorablement l'étude du Comité et attendons ses recommandations avec intérêt.

Merci.

Le président: Merci, docteure Crowcroft.

Nous passons maintenant aux représentants de l'Université du Manitoba.

Docteur Keynan et docteure Rueda, vous disposez de cinq minutes.

Allez-y, s'il vous plaît.

Dre Zulma Rueda (professeure et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les maladies infectieuses, la multimorbidité et la syndémique, Université de Manitoba): Merci, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité, de nous donner l'occasion de comparaître.

Le Canada s'est engagé à mettre fin d'ici 2030 à la menace pour la santé publique que représente le VIH, notamment en réduisant de 95 % le nombre d'infections. Non seulement le nombre de cas a augmenté, mais on a également signalé une augmentation de 22 % des nouvelles infections au VIH en 2024. Les données du Manitoba et de la Saskatchewan montrent que la réponse du Canada n'est pas à la hauteur de cet engagement. En 2024, le Manitoba affichait le taux le plus élevé de nouveaux diagnostics de VIH au Canada, soit 19 cas par tranche de 100 000 habitants, suivi de la Saskatchewan, avec 18 cas par 100 000 habitants. Le taux national était de 5,5.

L'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba représentent 16 % de la population canadienne. Or, en 2021, 38 % des nouveaux diagnostics de VIH ont été enregistrés dans ces provinces. Pour sa surveillance et ses rapports internationaux, l'Organisation mondiale de la santé divise le monde en six régions. En 2023, les taux de VIH de la Saskatchewan et du Manitoba étaient supérieurs à ceux de plusieurs régions de l'OMS — toutes sauf l'Afrique — et au taux moyen de VIH de la région des Amériques.

Les personnes nouvellement diagnostiquées au Manitoba entre 2018 et 2021 vivent des conditions qui se recoupent: leurs conditions de logement sont instables, elles consomment des drogues injectables et elles ont des problèmes de santé mentale. Les femmes reçoivent 50 % des nouveaux diagnostics de VIH et étaient touchées de manière disproportionnée par ces conditions. Winnipeg affiche le plus grand nombre total de nouveaux diagnostics de VIH, mais les régions montagneuses des Prairies et les régions sanitaires du Nord enregistrent les taux les plus élevés.

Selon le rapport de décembre 2025 du programme de lutte contre le VIH du Manitoba, au 1 er juillet 2025, seulement 68 % des personnes avaient une charge virale supprimée. Chez les personnes vivant à l'extérieur de Winnipeg, la proportion n'était que de 58 %. Bien que le temps nécessaire pour commencer un traitement ait diminué dans l'ensemble, des retards persistent pour entreprendre un traitement et pour supprimer la charge virale chez les femmes, les consommateurs de drogues injectables et les personnes à faible revenu.

Dr Yoav Keynan (médecin spécialiste des maladies infectieuses et du VIH, Université de Manitoba): En 2011, l'ONUSIDA s'est fixé un « objectif zéro » qui visait notamment à éliminer la transmission du VIH aux enfants en 2015. Au Manitoba, deux cas de transmission de la mère à l'enfant survenus au cours des deux dernières années illustrent l'échec des activités liées à la prévention et au traitement, les conséquences et les disparités qui affectent les femmes en âge de procréer.

Les recherches menées par notre groupe au Manitoba décrivent le fardeau substantiel occasionné par les infections transmises sexuellement et transmises par le sang avant, pendant et après un diagnostic de VIH. Elles recensent aussi des occasions manquées de dépistage et de prévention du VIH et d'accès aux traitements.

Comme une autre témoin l'a mentionné, la prophylaxie préexposition, ou PrEP, réduit le risque d'infection au VIH. Selon une analyse des provinces, le Manitoba affiche le taux le plus faible d'ordonnances de PrEP pour le VIH. Il est suivi de la Saskatchewan. L'analyse indique que seulement 2 % des PrEP pour le VIH au Canada sont prescrites à des femmes.

Les engagements du Canada envers les cibles mondiales 95-95-95 ne seront pas respectés. En effet, les chiffres tirés du programme manitobain de médicaments contre le VIH révèlent que la protection pour le traitement et la suppression virale est nettement insuffisante. En 2018, la Fondation canadienne de recherche sur le sida, ou CANFAR, a déclaré que le temps était venu d'agir et a appelé à réduire à 500 par année jusqu'en 2023 le nombre de nouvelles infections au VIH. Le Canada a recensé plus de 2 500 nouvelles infections en 2024, et le Manitoba devrait enregistrer, selon les projections, près de 500 nouvelles infections en 2026. Nous discutons encore, en 2026, des données de 2024.

Le Guide de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang, qui a été mentionné tout à l'heure, ne mesure pas les tendances démographiques et l'efficacité des programmes. Nous recommandons cinq actions en santé publique sur la prévention et le traitement, et sur le traitement comme moyen de prévention.

D'abord, il faut améliorer l'accès aux tests de dépistage du VIH afin de fournir des données à jour et dûment protégées, à l'échelle de la communauté, sur le diagnostic et la suppression virale. Les responsables ont besoin de ces données pour repérer les disparités, réclamer des services et orienter les interventions locales liées à la prévention et au traitement. Les tests doivent déboucher sur des services, et ces services doivent notamment inclure l'offre de prévention par la PrEP aux personnes séronégatives. Les personnes nouvellement diagnostiquées doivent être orientées de manière adéquate vers des soutiens continus.

Le financement doit être soutenu et prévisible et couvrir l'ensemble du parcours, du diagnostic au traitement. Il faut intensifier la prévention en combinant des interventions biomédicales, comportementales et structurelles, notamment en élargissant l'accès à la PrEP, y compris les options à action prolongée pour les femmes, les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes en situation d'itinérance et les résidants des régions éloignées et nordiques des provinces.

Enfin, nous devons fournir des directives claires et des ressources appropriées pour répondre rapidement à la transmission du VIH survenant en grappes au sein des réseaux sexuels et sociaux. Ces interventions doivent s'appuyer sur des données en temps réel et s'accompagner d'une réponse rapide soutenue par des ressources suffisantes. Les données probantes exigent une réponse urgente dont l'efficacité se mesurera par une diminution du nombre d'infections.

Merci de m'avoir donné l'occasion de m'adresser au Comité aujourd'hui.

● (1650)

Le président: Docteur Keynan, docteure Rueda, merci.

Nous passons à la première série de questions des députés, qui disposeront chacun de six minutes.

Nous commençons avec M. Strauss.

La parole est à vous.

Matt Strauss (Kitchener-Sud—Hespeler, PCC): Merci aux témoins d'être des nôtres.

C'est un sujet inépuisable et extrêmement fascinant. Vous avez tous donné un aperçu des interventions dont l'efficacité est avérée. Vous avez énuméré les facteurs de risque dont le caractère problématique est connu. Toutefois, je ne parviens pas à dégager les causes.

La Bibliothèque du Parlement nous a envoyé un rapport très intéressant de l'Agence de la santé publique du Canada intitulé « Le VIH au Canada, Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2024 ». Le rapport révèle des taux très élevés en 2015, qui ont atteint un creux de 4,9 en 2020 — sur un ratio de 100 000 habitants, je crois — pour les premiers diagnostics. Ensuite, les taux ont explosé; ils ont doublé en trois ans.

Nous étions en bonne voie de régler le problème. La Dre Rueda a mentionné, si je ne m'abuse, que notre objectif était d'éradiquer la transmission du virus au Canada d'ici 2030, mais les taux ont doublé entre 2020 et 2023.

Je pose la question à tous les experts dans la salle. Quelles sont les causes? Avez-vous un raisonnement fondé sur vos recherches ou votre expérience clinique qui expliquerait une telle explosion du nombre de cas? Nous connaissions les facteurs de risques. Pendant tout ce temps, des programmes étaient en place et des interventions ont été faites. Qu'est-ce qui a changé?

Le président: Dans quel ordre voulez-vous que les témoins répondent?

Matt Strauss: Y a-t-il des volontaires?

J'inviterais la Dre Crowcroft à commencer, puisqu'elle est rémunérée par les fonds publics, mais je souhaiterais sincèrement entendre quiconque a une hypothèse ou une explication convaincante.

Le président: La Dre Crowcroft peut commencer, et nous verrons ensuite.

Dre Natasha Crowcroft: Merci de la question.

La transmission du VIH est complexe, et elle se produit dans un ensemble complexe de circonstances sociales. La réponse à la question varie selon les contextes, mais il y a certains fondamentaux, qui viennent d'être mentionnés, tels que l'accès au diagnostic et au traitement et le suivi après le traitement, de même que les activités de prévention qui empêchent les éclosions de se produire.

Les localités éloignées sont aux prises avec un problème évident d'accès aux soins. Il y a aussi une série de déterminants sociaux qui s'appliquent aux personnes qui vivent dans des logements surpeuplés, qui n'ont pas de logis ou qui souffrent de problèmes de santé mentale non traités. Ces personnes sont particulièrement vulnérables au VIH en raison de tout un ensemble de facteurs. Ajoutons à cela le manque d'accès à des services de prévention, de diagnostic et de traitement. Ces éléments combinés rendent certaines populations extrêmement vulnérables.

Dans d'autres contextes... Des témoins ont parlé des risques pour les femmes, par exemple. Les femmes noires courent un risque très élevé. Elles sont exposées au VIH au Canada, mais elles n'ont pas accès au traitement. Le problème est en partie lié au système de santé. Les fournisseurs de soins de santé ne pensent pas que ce groupe est à risque. Ils ont peut-être des idées reçues d'une autre époque sur les personnes qui sont les plus à risque de contracter le VIH au Canada...

● (1655)

Matt Strauss: Puis-je vous interrompre un instant, docteure Crowcroft?

Le président: Le Dr Keynan avait lui aussi levé la main.

Matt Strauss: Cédons-lui la parole.

Le président: Docteur Keynan, la parole est à vous.

Dr Yoav Keynan: Merci de la question.

Je dirais moi aussi que de multiples facteurs entrent en jeu, en tout cas au Manitoba. La syndémie impliquant la consommation de substances, la consommation de méthamphétamine et la surreprésentation des Premières Nations et des peuples autochtones, de même que l'itinérance et l'épidémie de méthamphétamine en cristaux, ces éléments ont tous contribué à l'augmentation des taux.

Nous manquons de programmes de financement durable. L'épidémiologie a changé, mais les données ne sont pas suffisamment ventilées. Le fait que nous parlions de données de 2024 au quatrième trimestre de 2026 en est la preuve. Sans données à jour, il est impossible de déployer des services dans les zones à risque lorsque des éclosions surviennent ou...

Matt Strauss: Puis-je vous interrompre, docteur Keynan?

Dr Yoav Keynan: C'était un de mes points.

Matt Strauss: Merci, docteur Keynan.

Je regarde les données de 2024. Comme je siège au Parlement, je suis très loin de votre réalité. Vous qui êtes médecin spécialiste des maladies infectieuses au Manitoba, êtes-vous en train de dire que malgré l'épidémie d'infections au VIH dans votre province, vous n'avez pas accès à des données plus récentes que celles-là?

Dr Yoav Keynan: Nous avons un meilleur accès aux données, mais les données ne sont intégrées à aucun système de santé publique. Santé publique Manitoba détient des données plus récentes que celles présentées dans les rapports de l'Agence de la santé publique du Canada, mais elles ne sont pas à jour pour autant et ne sont pas regroupées dans un système accessible au public. En plus, elles ne sont pas...

Matt Strauss: Puis-je vous interrompre un instant? Je voudrais poser la question à la Dre Crowcroft.

C'est à la fois ahurissant et fascinant. Nous avons traversé la pandémie. Au début, les données à jour sur la COVID étaient insuffisantes, mais les médias d'information et les autorités de santé publique ont rattrapé le retard après un an. Le Manitoba est frappé par une autre épidémie d'une maladie beaucoup plus ancienne par-dessus le marché. Je trouve choquant que nous ne disposions pas de données à jour.

Docteure Crowcroft, votre organisation détient-elle des données plus à jour?

Si personne ne peut répondre à la question sur les causes, je ne sais pas si nous pourrons approfondir cette étude. S'il est impossible de dégager les causes en raison du manque de données à jour, j'aimerais que vous éclairiez ma lanterne. Pourriez-vous décrire la situation?

Le président: Vous avez 25 secondes.

Dre Natasha Crowcroft: Il nous faut des données plus à jour. Je suis d'accord avec vous. La production de ces données exige une collaboration très étroite entre les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral.

Matt Strauss: Y a-t-il des lacunes au Manitoba?

Dre Natasha Crowcroft: Il y a des lacunes dans toutes les provinces et tous les territoires.

Le président: Merci, monsieur Strauss. Votre temps est écoulé.

Nous poursuivons avec M. Eyolfson pour six minutes.

Doug Eyolfson (Winnipeg-Ouest, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je suis content d'entreprendre cette étude. Je viens du Manitoba. Je suis médecin agréé dans cette province depuis 1994. Ma formation et la vaste majorité de ma pratique là-bas se sont faites aux urgences.

C'est la déclaration de l'état d'urgence sanitaire au Manitoba qui a été faite récemment qui m'a motivé à entreprendre cette étude. La propagation du VIH et de la syphilis ont prouvé qu'il fallait examiner de plus près les causes du phénomène qui touche les Prairies, mais qui est présent également partout au Canada.

Comme vous l'avez fait remarquer, un grand nombre de collectivités sont désavantagées. Nous disposons de techniques éprouvées de prévention et de traitement et de méthodes qui permettent aux gens de vivre longtemps et en santé, mais en ce moment, elles ne donnent pas les résultats escomptés. Comme l'a dit mon collègue, M. Strauss, nous perdons du terrain par rapport à une maladie qui existe depuis un bon moment déjà. Nous en avons entendu parler pour la première fois il y a plus de 40 ans. Puisque nous perdons de la vitesse et que la situation s'aggrave, je pense que le moment est bien choisi pour se pencher sur la question. Je vous remercie tous de votre aide, et je remercie le Comité d'avoir contribué à rendre cette étude possible.

Ma première question s'adresse au Dr Keynan.

Vous avez dit que le Manitoba affichait des taux de nouvelles infections nettement supérieurs à la moyenne. Un fait que vous avez souligné et que j'ai trouvé plutôt choquant est que la province enregistre le taux d'ordonnance le plus faible de PrEP contre le VIH.

Savez-vous pourquoi le Manitoba affiche ce taux? Quelles sont les causes? Pour quelles raisons le Manitoba, qui enregistre un nombre très élevé de cas, ne dispose-t-il pas de ce traitement qui est pourtant très accessible?

● (1700)

Dr Yoav Keynan: Merci de la question. Merci également d'avoir amené le Comité à étudier ce sujet important.

Il y a plusieurs explications, notamment la sensibilisation au risque et le fait que la proportion d'hommes et de femmes touchés par l'épidémie au Manitoba et en Saskatchewan est plus équilibrée comparativement à la proportion dans d'autres provinces. Les enseignements tirés au cours des 40 ans de l'épidémie de VIH n'ont pas été complètement appliqués.

Certains médecins ont peur de prescrire ce médicament. Compte tenu du soutien nécessaire pour le dépistage, la bonne nouvelle est que nous disposons désormais de méthodes de traitement plus simples qui nécessitent moins de suivi, telles que les médicaments à action prolongée... Nous avons donc la possibilité d'intervenir.

Pourquoi le Manitoba perd-il du terrain, selon les statistiques? Une urgence de santé publique a été déclarée parce que la Saskatchewan signale ces tendances depuis 20 ans et que les taux sont deux ou trois fois supérieurs à la moyenne nationale. Tant qu'il n'y aura pas de réponse fédérale concertée, la situation actuelle perdurera, et je rappelle que 18,6 nouvelles infections par 100 000 habitants sont recensées.

Il faut procéder au plus vite à une mise en commun des ressources. Notre gamme d'outils s'est élargie et nous disposons d'options plus nombreuses et plus efficaces de médicaments injectables à action prolongée qui devraient être destinés aux personnes qui ne reçoivent pas de PrEP telles que les femmes, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes en situation d'itinérance. Ce sont elles qui sont les plus touchées par les nouvelles infections au Manitoba et qui devraient être prioritaires en matière de prévention.

Doug Eyolfson: Merci.

Ma prochaine question s'adresse au Dr Keynan ou à la Dre Rueda. Une des choses qui nous avons remarquées en travaillant aux urgences, c'est qu'au Manitoba, de nombreuses personnes n'ont pas accès aux soins primaires. Elles ne savent pas où aller. Pour beaucoup trop de gens, les urgences sont le seul endroit où ils peuvent obtenir des soins médicaux.

Aux urgences où je travaillais, notre pratique consistait à administrer la prophylaxie postexposition. Nous le faisions seulement lorsque les personnes se présentaient après avoir reçu une piqûre d'aiguille ou à la suite d'un autre événement grave. Ces personnes étaient habituellement des travailleurs de la santé du milieu hospitalier qui venaient de se piquer avec une seringue neuve.

Mes collègues des urgences vont grincer des dents s'ils m'entendent leur proposer une tâche supplémentaire, mais on gagnerait peut-être à instaurer des solutions qui permettraient d'offrir aux personnes à risque qui se présentent aux urgences une ordonnance de prophylaxie postexposition et de les diriger rapidement vers des spécialistes appropriés de la santé publique et des maladies infectieuses.

Le président: Vous avez 40 secondes.

Dr Yoav Keynan: Je vais amorcer une réponse avant de céder la parole à la Dre Rueda.

Je pense que les urgences ne sont peut-être pas l'endroit idéal en raison des multiples priorités concurrentes et de la pression et la demande pour les services, mais il existe un grand nombre d'organismes communautaires formidables disposés à agir et en mesure de le faire. Ces organismes ont les capacités, mais ils ont besoin de soutien, que ce soit dans les localités éloignées et nordiques ou dans les centres urbains. Il y a par exemple des projets prometteurs dans les refuges dont la Dre Rueda pourra vous parler dans le temps qui lui reste.

Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Le temps est écoulé. Nous passons aux prochaines questions.

Je signale aux témoins que la députée s'exprimera en français. J'espère donc que vous avez tous votre oreillette.

Sur ce, nous passons à Mme Gaudreau pour six minutes.

● (1705)

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau (Laurentides—Labelle, BQ): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie les témoins de nous permettre de faire la lumière sur l'évolution de la question au cours des dernières décennies. J'ai été adolescente dans les années 1990 — ça ne me rajeunit pas — et, honnêtement, quand on nous parlait du VIH et du sida, nous étions tous au courant. Nous avions même une crainte à cet égard. En fait, l'information qui était transmise en matière de santé publique était palpable.

Aujourd'hui, nous parlons de la PrEP.

Dans mon esprit, c'était quelque chose qui était bien connu dans la communauté homosexuelle. Aujourd'hui, lorsque j'en parle avec mes enfants de 18 et 20 ans, ils me disent que, même si les traitements ne sont pas curatifs, on ne meurt plus du VIH et du sida. Cela étant dit, pour ce qui est de la PrEP, j'ai bien hâte de leur poser la question ce soir pour savoir s'ils sont au courant du fait que ce n'est pas associé uniquement à la communauté homosexuelle et qu'il n'y a pas lieu de la stigmatiser.

Comment réagissez-vous au fait que, à certains endroits, un simple clic permet de recevoir une pilule gratuitement? Nous parlons en ce moment d'accessibilité. J'aimerais que vous m'éclairiez à ce sujet, madame Biondi.

[*Traduction*]

Mia Biondi: Je voudrais tout d'abord parler du phénomène observé au Canada depuis l'avènement de la PrEP, à savoir les limites imposées à l'accès à ce traitement.

Comme vous l'avez dit, énormément de sensibilisation a été faite jadis auprès des hommes gais et bisexuels qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Les statistiques sur les nouvelles infections au Canada ont alors considérablement changé — de manière phénoménale à mon avis — et ces individus reçoivent la PrEP. Bon nombre d'entre eux détiennent une assurance privée. Toutefois, pour les fournisseurs et pour la santé publique, c'est comme s'il y avait un processus de filtrage qui peut déterminer qu'une personne n'est pas admissible ou qu'il faut établir un indice de risque pour décider si quelqu'un devrait ou non recevoir la PrEP.

Quelle ligne de conduite adopter? Comment présenter les choses à vos enfants? Eh bien, l'offre de traitement devrait être universelle. Je ne devrais pas m'attendre comme clinicienne qu'un patient que je connais à peine me raconte toute sa vie et me révèle chacun de ses facteurs de risque, et je pense que mon étude l'a démontré. Les gens qui présentent des facteurs de risque ne les intériorisent pas, même si les risques sont bien réels.

Ce serait bien d'éliminer ces limites, mais le financement est problématique parce que plusieurs provinces n'offrent pas de protection universelle pour la PrEP. Le Manitoba a ouvert la voie. La Colombie-Britannique a fait pareil, bien que parfois les patients doivent remplir des formulaires supplémentaires pour prouver qu'ils sont séronégatifs et que leurs fonctions rénales sont normales, ce qui empêche les personnes vulnérables et celles qui ont de la difficulté à accéder aux services d'obtenir le médicament.

Ce médicament est extrêmement sécuritaire et efficace. Nous pouvons littéralement le distribuer. Aux États-Unis, soit dit en passant, selon de nombreuses études, ce médicament est vendu sans ordonnance.

Je vais m'arrêter là.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: C'est vraiment intéressant. Je suis du même avis que le Dr Strauss. Comment se fait-il qu'on en soit rendu là? Quel genre de crise faut-il pour que les choses bougent? On parle de 2 500 cas d'infection par année et on vise une réduction à 500 cas par année. Qu'est-ce que ça prend pour avoir des données qui nous permettraient justement de lancer un véritable signal d'alarme et d'agir directement en santé publique, particulièrement en matière de prévention?

Comment explique-t-on qu'aujourd'hui, on ne soit toujours pas capable d'avoir accès à ces données afin d'agir?

J'imagine que Mme Crowcroft pourrait répondre à cette question.

[*Traduction*]

Dre Natasha Crowcroft: Puis-je demander à mon...?

[*Français*]

Steven Sternthal (directeur général, Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale des programmes sur les maladies infectieuses et de la vaccination, Agence de la santé publique du Canada): Merci.

Comme Mme Crowcraft l'a mentionné tantôt, nous travaillons avec les provinces et les territoires pour accumuler les données aussitôt que nous sommes capables de le faire. Nous essayons entretemps de faire des études spéciales, comme les études que Mme Biondi a identifiées. Nous les faisons dans les communautés autochtones, dans les communautés noires et africaines, et aussi dans les communautés 2ELGBTQI+. Nous avons fait des publications dans les dernières années pour essayer de trouver les connaissances qui nous manquent.

Au bout du compte, c'est la discussion et la collaboration avec les provinces qui sont très importantes afin de recevoir les données et de les donner aux gens qui travaillent en première ligne au Canada.

● (1710)

Marie-Hélène Gaudreau: Il me reste juste une minute pour parler d'un enjeu que je vois, étant donné qu'on ne meurt plus du VIH ou du sida. C'est un peu comme ce qu'on a vu dans le cas de la COVID-19: on s'est dit que tout le monde allait être vacciné. Dans ce cas-ci, est-ce que c'est une solution de dire qu'on offre de la PrEP pour tous? C'est comme si on minimise la dangerosité, à long terme, d'avoir le VIH ou le sida.

Donc, on est en quelque sorte entre les deux: on dit qu'il y a de la prévention et de la conscientisation à faire, mais on dit aussi qu'il y a un traitement pour stabiliser ça.

Alors, qu'est-ce qu'on devrait faire davantage ici, à Ottawa, pour atteindre la cible? Ma cible serait, comme celle du Rwanda, d'avoir zéro cas par année. Qu'est-ce qu'on doit faire?

[*Traduction*]

Le président: Il vous reste 10 secondes.

Mia Biondi: Je pourrais peut-être simplement mentionner le traitement injectable à action prolongée qui vient d'être approuvé par Santé Canada et que tout le monde connaît. Pourtant, il ne figure sur aucune liste de médicaments au pays, alors qu'il est sur le marché depuis de nombreux mois. C'est peut-être ce qui se rapproche le plus d'un vaccin. On ne sait pas.

Non, tout le monde ne devrait peut-être pas le recevoir, mais est-ce qu'on devrait le proposer à tous, et tendre la main aux personnes les plus vulnérables? Je pense que oui.

Le président: Merci beaucoup. Vous avez dépassé votre temps de parole de 16 secondes.

Nous passons maintenant à Mme Kronis, pour cinq minutes.

Tamara Kronis (Nanaimo—Ladysmith, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie les témoins d'être ici pour discuter de cette question fort importante.

Il y a une statistique assez terrifiante dans les données qu'on a reçues: on estime qu'un peu moins de 70 % des nouvelles infections par le VIH au Manitoba touchent des personnes qui s'injectent de la drogue. Ma crainte, c'est que je viens de Nanaimo, une communauté de l'île de Vancouver, où un grand nombre de personnes s'injectent des drogues tous les jours.

Docteur Keynan et docteure Rueda, mon collègue a souligné le fait que les données ici accusent du retard. Elles sont insuffisantes. Le gouvernement ne fournit tout simplement pas de chiffres à jour. Je me demandais si vous, qui êtes au Manitoba, pourriez nous dire à quoi ressemble cette épidémie sur le terrain. Qui est touché? Plus précisément, à quoi ressemble le point de rencontre entre l'épidémie d'opioïdes et cette nouvelle épidémie de VIH au Manitoba?

Dre Zulma Rueda: L'épidémie ici est très différente de celle du Canada. Au pays, la moitié des nouveaux cas d'infection touchent des hommes gais et bisexuels qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Au Manitoba, elle est principalement attribuable aux relations hétérosexuelles et à la consommation de drogues injectables.

On observe une intersection syndémique où 50 % des nouvelles infections au VIH touchent des femmes et 50 % des hommes. Malheureusement, les femmes sont plus vulnérables. Parmi les nouvelles infections, la moitié des femmes sont en situation d'itinérance, souffrent de troubles de santé mentale et sont toxicomanes.

Il y a un élément important à considérer. La prophylaxie préexposition au VIH, ou PrEP, est fondée sur des données nationales. Aucune des personnes s'injectant des drogues qui remplissaient les critères pour la PrEP ne la recevait. D'abord, c'est peut-être parce qu'on ne la leur propose pas ou qu'elles n'y ont pas accès. Ensuite, chez beaucoup de personnes, on a identifié des traumatismes importants subis pendant l'enfance, comme des abus sexuels, émotionnels et physiques. Actuellement, à l'âge adulte, on constate des différences selon le genre. Les femmes vivent beaucoup de violence conjugale, ce qui les pousse à consommer des substances. Quant aux hommes, ils subissent beaucoup de violence dans la rue. Il est important de tenir compte de ces conditions.

Pour répondre à votre question sur les mesures concrètes qui pourraient être prises, l'une d'entre elles serait de sensibiliser les personnes hétérosexuelles, les femmes, les personnes en situation d'itinérance et les personnes qui consomment des substances.

Nous avons aussi constaté des différences liées à la consommation de substances. Il y a eu une augmentation importante de la consommation de méthamphétamine en cristaux injectée depuis 2014, et une hausse de la consommation d'opiacés depuis environ 2019.

● (1715)

Tamara Kronis: Docteure, il ne me reste plus beaucoup de temps. Je suis très heureuse de profiter de votre expertise et d'entendre des anecdotes sur le terrain.

Je m'inquiète pour d'autres collectivités comme la mienne, où il y a une incidence élevée de consommation de drogues injectables. Dans quelle mesure est-il important que le gouvernement fédéral propose de véritables options de traitement et de rétablissement pour les toxicomanes, en particulier ceux qui consomment des drogues injectables?

Le président: Il vous reste 40 secondes.

Dr Yoav Keynan: Je vais essayer de compléter la réponse.

Les gens n'ont pas accès aux soins. Ils n'ont pas accès à des soins de santé et à des services de soutien. Ils ont besoin de services complets qui vont à leur rencontre là où ils sont. Il y a des exemples. La Dre Rueda a parlé des syndémies, c'est-à-dire l'itinérance et la consommation de drogues injectables. Il faut offrir des services qui comprennent la réduction des méfaits, la PrEP et le dépistage là où la personne se trouve au lieu de s'attendre à ce qu'elle se rende dans un établissement de soins de santé, ce qui ne se produit pas aussi souvent qu'il le faudrait, pour toutes les raisons que la Dre Rueda a mentionnées.

Le président: Merci.

Nous allons passer à M. Sawatzky pour cinq minutes.

Jake Sawatzky (New Westminster—Burnaby—Maillardville, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à tous les témoins d'être ici aujourd'hui.

Docteure Crowcroft, vous avez parlé de la transmission liée à la consommation de drogues. En matière de prévention, quelles sont certaines des mesures qui peuvent être prises pour prévenir la transmission entre les personnes qui s'injectent des drogues?

Dre Natasha Crowcroft: L'Agence de la santé publique du Canada soutient les collectivités locales en travaillant avec les utilisateurs de drogues injectables en particulier, mais aussi avec les consommateurs de drogues par inhalation, afin de favoriser une consommation plus sécuritaire. Santé Canada est le principal responsable fédéral des troubles liés à la consommation de substances, mais certains organismes communautaires de l'Agence de la santé publique du Canada fournissent des soins complets et facilitent l’accès aux services.

La mise en œuvre de ce dont nous avons parlé, la prophylaxie préexposition, relèverait de la santé publique locale. L’orientation vers les services offerts relève aussi de la responsabilité des provinces et des territoires.

Pour être clair, le gouvernement fédéral n'a pas de rôle à jouer dans la prestation des services de santé, y compris les services de santé mentale. Nous essayons de fournir du soutien là où nous le pouvons et de favoriser l'équité à cet égard. Bon nombre des mesures qui aideront à protéger les consommateurs de substances ne relèvent pas de notre compétence, mais elles sont extrêmement importantes pour prévenir la transmission du VIH.

Jake Sawatzky: J’aimerais aussi mentionner le financement fédéral du Fonds d'urgence pour le traitement, qui peut parfois être versé aux municipalités et, je crois, à certains de ces espaces de prévention des méfaits.

Diriez-vous que la méthode de transmission consiste à utiliser une seringue pour s'injecter de la drogue, puis de donner cette même seringue à quelqu'un d'autre? Est-ce généralement ainsi que les choses se passent?

Dre Natasha Crowcroft: Comme nous le disions tout à l'heure, c'est une situation assez complexe, parce qu'il y a d'autres choses qui se passent dans ces communautés. Parfois, c'est par injection. Parfois, il peut s'agir du matériel utilisé pour l'inhalation. Parfois, c'est attribuable à des rapports sexuels associés à la consommation de drogues ou qui surviennent parce qu'une personne se livre au travail du sexe pour financer sa dépendance.

Il s'agit d'un environnement complexe, mais c'est très étroitement lié aux déterminants sociaux de la santé, qui placent les gens dans une situation où ils font face à de multiples enjeux — nous avons entendu parler de problèmes de santé mentale — qui les rendent plus vulnérables à la toxicomanie. Une fois qu'ils sont dépendants, ce comportement crée toutes sortes d'autres problèmes.

Jake Sawatzky: Pourriez-vous également nous dire s'il y a une crainte de discrimination, de jugement ou d'une certaine stigmatisation qui pourrait empêcher les gens de se manifester et de chercher de l'aide ici?

Dre Natasha Crowcroft: Il y a certainement une stigmatisation afférente. Ce n'est pas seulement à cause de la consommation de drogues injectables. Il y a aussi la stigmatisation associée à d'autres aspects de la personne. Les communautés dont elles sont issues peuvent elles-mêmes être stigmatisées. C'est un mélange de plusieurs sources de stigmatisation.

● (1720)

Jake Sawatzky: Certaines personnes ont un accès limité aux services de santé et font peut-être face à des obstacles supplémentaires au dépistage et au traitement du VIH.

Quel rôle les infirmières praticiennes et les initiatives de soins de santé communautaires peuvent-elles jouer pour élargir l'accès au dépistage et au traitement du VIH dans ces milieux?

Dre Natasha Crowcroft: Les organismes communautaires avec lesquels nous travaillons utilisent, par exemple, les trousses d'autodépistage et les tests à proximité du patient pour repérer les personnes qui ont besoin d'une prophylaxie préexposition ou d'un accès à des services de traitement. C'est très important. Les infirmières et infirmiers sont très souvent essentiels pour diriger les gens vers les soins.

Jake Sawatzky: Merci.

Mme Biondi a peut-être quelque chose à ajouter dans les 30 dernières secondes.

Mia Biondi: Oui. Je vais revenir sur ce que j'ai mentionné plus tôt à propos des infirmières autorisées qui occupent déjà des postes financés par l'État et qui aimeraient assumer ce travail. Au lieu de se limiter aux soins de santé sexuelle, elles pourraient vouloir s'occuper de la prévention et du traitement du VIH, mais il y a des obstacles législatifs et communautaires qui les en empêchent. C'est une transition facile. Elles sont déjà embauchées. Elles peuvent faire ce travail et elles ont les compétences nécessaires.

Jake Sawatzky: Pourriez-vous nous parler de ces obstacles législatifs?

Mia Biondi: Bien sûr.

Encore une fois, pour revenir à ce que je disais au sujet des obstacles et des spécialistes, il n'est parfois pas possible de prescrire des médicaments. Une infirmière autorisée dans certaines provinces ne peut pas prescrire, mais elle peut recourir à des outils comme des directives médicales. Nous pouvons également modifier les pratiques de prescription. En Colombie-Britannique, beaucoup d'infirmières sont appelées « infirmières autorisées à la pratique certifiée », et elles prescrivent beaucoup de médicaments. La loi peut être changée pour permettre aux gens de faire ces choses-là.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Gaudreau, pour deux minutes et demie exactement.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Je vais quand même parler lentement. Les interprètes font un bon travail, mais, si je parle trop vite, ils n'y arriveront pas.

Cette étude me fait comprendre quelque chose en ce qui concerne l'accessibilité. Il y a eu l'assurance-maladie au Québec et, depuis les années 1990, il y a l'assurance-médicaments. Dans mon cas, j'ai de la naloxone et je connais bien ce qu'on appelle la pilule du lendemain. La PrEP, je pensais qu'elle était davantage ciblée vers des communautés stigmatisées, mais je viens d'en apprendre plus là-dessus. D'après moi, c'est accessible. C'est ce que je comprends.

J'aimerais vraiment que vous puissiez aussi nous indiquer ce qui nous concerne ici, à Ottawa.

Évidemment, pour chacune des assemblées législatives provinciales et territoriales, c'est différent. Nous avons nos enjeux à Québec, et je laisse mes collègues à Québec décider si les infirmières praticiennes spécialisées, entre autres, peuvent donner des ordonnances.

Je parle donc des obstacles législatifs sur le plan de la santé publique ici, pour Santé Canada. Qu'est-ce qu'on doit faire?

Madame Biondi, pouvez-vous répondre?

[*Traduction*]

Mia Biondi: Pour l'instant, je ne sais pas si c'est une question législative, mais il y a une sorte de négociation en cours. Ce produit injectable à action prolongée est approuvé par Santé Canada pour six mois, et comme je l'ai mentionné, il y en aura très bientôt un d'une durée d'un an. Ce n'est pas une question législative. Avec Santé Canada, il doit y avoir une discussion sur la négociation. On n'achète jamais de médicaments en grandes quantités au pays, et je ne comprends pas toujours pourquoi. Évidemment, ce serait une approche à envisager.

Y a-t-il d'autres commentaires à ce sujet?

Dre Natasha Crowcroft: Le problème avec le lénacapavir, c'est que, même si le médicament a été approuvé par Santé Canada — c'était très rapide, ce qui est tout à l'honneur de Santé Canada —, il n'a pas encore franchi le mécanisme de fixation des prix. On a un processus d'évaluation des technologies de la santé, mais le médicament n'y a pas encore été soumis.

Voilà le problème. Même si le médicament est disponible dans le sens où il a été approuvé, il n'est pas vraiment disponible sur le marché.

Le président: Il vous reste 10 secondes.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Merci beaucoup, monsieur le président.

[*Traduction*]

Le président: Merci, madame Gaudreau.

Nous n'avons pas dépassé le temps imparti, alors nous allons céder la parole à M. Strauss pour trois minutes.

Matt Strauss: Docteure Crowcroft, je suis toujours très préoccupé par cette question du manque de données et du fait qu'on n'ait pas de données à jour.

Vous avez mentionné que votre organisation dispose de données un peu plus récentes, mais elles sont incomplètes. Je me demande si vous pourriez nous présenter par écrit vos données incomplètes et nous expliquer ce qu'il faudrait pour les compléter. Pourriez-vous nous le soumettre par écrit? Je sais que c'est une question trop vaste pour trois minutes.

J'aimerais entendre l'avis de tout le monde sur le point suivant. Je ne cherche pas à vous prendre en défaut. J'espérais faire un tour de table pour voir si nous avons un consensus à ce sujet.

Je pense que vous avez tous identifié l'itinérance comme un facteur de risque majeur. Docteure Rueda, je crois que vous avez dit que la moitié des nouveaux cas surviennent chez des personnes actuellement sans abri. J'aimerais savoir pourquoi les taux ont doublé.

J'ai consulté des données provenant des villes de Regina et de Saskatoon ainsi que de la province du Manitoba. Il semble que l'itinérance ait également doublé dans chacune de ces municipalités entre 2015 et 2024. Je me demande si chacun des experts présents pourrait me dire, en une ou deux phrases, si cette crise du VIH est une crise du logement, en partie du moins.

Je vais commencer par Mme Biondi.

● (1725)

Mia Biondi: Je vais donner mon opinion. Même si l'itinérance peut certainement y contribuer, le problème, c'est l'attaque systématique à l'échelle nationale contre la réduction des méfaits.

J'ai bien entendu parler de traitement et du fait d'amener les gens à suivre un traitement par agonistes opioïdes. Cet aspect y contribue. C'est très important. Or, ce n'est pas ce que tout le monde choisira.

Matt Strauss: Je vais maintenant m'adresser à la Dre Rueda.

Dre Zulma Rueda: Je tiens à préciser que 50 % des nouvelles infections touchent des femmes...

Matt Strauss: Merci.

Dre Zulma Rueda: ... et c'est 30 % chez les hommes nouvellement diagnostiqués.

Pour répondre à votre question, les personnes en situation d'itinérance font face à de multiples obstacles pour accéder aux services de prévention. Quelle serait une solution possible? Pourquoi ne pas mettre en place des dépistages, des traitements et des soins dans les refuges, par exemple?

Il ne s'agit pas seulement de prévention et de traitement du VIH. Il s'agit aussi d'offrir des tests de dépistage des maladies transmissibles sexuellement, des traitements et l'accès à la PrEP dans les refuges...

Matt Strauss: Je suis désolé. Je vais vous interrompre.

J'essaie encore de comprendre pourquoi une telle chose s'est produite. Les taux ont doublé. Il y a une épidémie en cours. Les facteurs de risque ont toujours été les mêmes. Il y a de nouvelles interventions, mais les interventions ont toujours été les mêmes.

J'essaie de comprendre ce qui a changé. Je constate que l'itinérance a doublé tandis que le nombre de nouveaux cas de VIH a doublé.

Docteur Keynan, suis-je fou d'y voir un lien?

Dr Yoav Keynan: Non, je ne pense pas que vous soyez fou.

Le chiffre n'a pas doublé. C'est le sans-abrisme, la consommation de substances et les types de drogues qui sont consommées. La méthamphétamine entraîne des comportements différents, notamment sur le plan sexuel, et elle augmente le risque de contracter plusieurs autres infections transmissibles sexuellement. C'est une combinaison de pauvreté, d'itinérance et la convergence de plusieurs épidémies, y compris celles liées aux substances nocives, du moins au Manitoba et en Saskatchewan.

Matt Strauss: Docteure Crowcroft, je vais m'adresser à vous.

Le président: Je vous remercie, mais le temps est écoulé.

Matt Strauss: Vous pourriez également nous soumettre un document.

Le président: Nous allons passer à Mme Jaczek pour trois minutes, s'il vous plaît.

L'hon. Helena Jaczek (Markham—Stouffville, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins.

Avant, j'étais médecin en santé publique. Je voudrais revenir sur le fait que la prévention primaire, le dépistage, la prophylaxie postexposition, ou PPE, et la PrEP coûtent tous très cher.

Madame Biondi, vous avez parlé de la sensibilisation communautaire menée par des pairs. Pourriez-vous décrire en quoi cela consiste et quelle pourrait être son efficacité en matière de prévention primaire?

Mia Biondi: Beaucoup de centres de santé communautaires ont des pairs qui participent à leurs programmes, mais ce n'est pas suffisant. Le travail mené par des pairs veut dire que des gens qui ont vécu et vivent encore cette expérience font le travail de sensibilisation. Souvent, ils s'occupent aussi des soins cliniques. Parfois, ces personnes remarquent dans la collectivité des gens que je ne verrai jamais. Elles les traitent pour l'hépatite C, alors que je ne les aurai même jamais vus. Je sais que cela peut sembler étrange, mais c'est vraiment important. Ce sont seulement ces personnes-là qui repèrent les gens dans la communauté.

La plupart des programmes dirigés par des pairs sont financés par l'industrie et des organismes philanthropiques. Il n'y a nulle part au pays un travail durable mené par des pairs. Ces gens peuvent être rattachés aux services de santé publique et aux centres de santé communautaires. Il serait certainement bénéfique d'accroître considérablement ce volet. Voilà qui contribuerait également à réduire les méfaits, à prévenir les surdoses et à faire en sorte que les gens n'aient pas toujours accès à des drogues toxiques.

L'hon. Helena Jaczek: Docteure Crowcroft, dans quelle mesure le gouvernement fédéral estime-t-il que la prévention primaire pourrait être un domaine où l'Agence de la santé publique du Canada, ou ASPC, pourrait jouer un rôle, et dans quelle mesure y a-t-il des fonds disponibles pour des initiatives comme celles décrites par Mme Biondi?

Dre Natasha Crowcroft: En effet, nous appuyons ces modèles. C'est pourquoi nous soutenons les organismes communautaires, y compris ceux qui offrent des services dirigés par des pairs. Un exemple de financement est celui de Nine Circles, au Manitoba, qui a reçu 1,25 million de dollars de l'Agence de la santé publique du Canada pour soutenir ses activités là-bas. Réseau sida et maladies infectieuses, au Québec, est un autre organisme communautaire. Cela fait partie de notre modèle de soutien.

Je tiens à souligner qu'on parle ici d'accès aux soins, et c'est un enjeu majeur. Même si ces personnes existent, il est vraiment difficile pour elles d'accéder aux soins. J'ai mentionné plus tôt les cibles de 95-95-95. Au Canada, on en est à 91 % des personnes vivant avec le VIH, ce qui n'atteint pas la cible. On fait encore bien pire quand il s'agit de ceux qui ont déjà reçu un diagnostic — qui ont été repérés — et qui doivent commencer un traitement. C'est là que les services animés par des pairs aident vraiment les gens à s'orienter vers un traitement, mais il faut que celui-ci soit disponible.

On entend dire que l'accès au traitement est un vrai défi dans certains contextes, ainsi que dans certaines provinces et certains territoires. Cela ne relève pas du mandat du gouvernement fédéral. C'est une responsabilité provinciale et territoriale.

● (1730)

Le président: Merci.

Docteur Keynan, même si le temps est écoulé, je peux vous accorder 20 secondes si vous souhaitez dire quelque chose.

Dr Yoav Keynan: Le Canada et la Colombie-Britannique ont été des pionniers en matière de traitement et de prévention, et le fait que le traitement rende les gens indétectables signifie qu'ils ne sont plus contagieux. Je pense que regarder au-delà de ce rôle n'est pas ma mission, mais le fait que le traitement fasse partie de notre approche de santé publique visant à réduire le taux de nouvelles infections est un élément clé qu'on ne devrait pas manquer de mentionner ici.

Le président: Merci beaucoup.

Au nom des membres du Comité, je tiens à remercier tous les témoins de leur précieuse contribution.

Encore une fois, merci à vous tous.

Sur ce, je vais suspendre la séance et laisser le deuxième groupe de témoins prendre place.

● (1730)

_____(Pause)_____

● (1745)

Le président: Nous reprenons nos travaux.

Une personne n'est pas encore prête, mais nous avons quelqu'un du même organisme, alors autant commencer.

Au nom des membres du Comité, je salue les témoins qui se joignent à nous pour la deuxième heure.

Nous accueillons M. Ken Monteith, directeur général de la COCQ-SIDA, la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida. Nous avions aussi M. Benoit Racette, mais son microphone ne fonctionne pas, alors nous verrons s'il fonctionne plus tard. Nous accueillons aussi le directeur de l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais, M. Gilles Charette. Et enfin de la Kimamow Atoskanow Foundation, nous accueillons Mme Denise Lambert.

J'aimerais faire quelques observations à l'intention des nouveaux témoins.

Veuillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Pour ceux qui participent par vidéoconférence, cliquez sur l'icône du microphone pour activer votre micro, et veuillez vous mettre en sourdine lorsque vous ne parlez pas. Au bas de votre écran, vous pouvez sélectionner le canal approprié pour l'interprétation: le parquet, l'anglais ou le français. Pour ceux qui sont dans la salle, vous pouvez utiliser l'oreillette et sélectionner le canal désiré. Les membres du Comité peuvent poser des questions en français ou en anglais. Si vous avez besoin de l'interprétation, veuillez prendre un moment pour préparer votre oreillette et sélectionner le canal d'écoute dont vous avez besoin.

Je vous rappelle que tous les commentaires doivent être adressés à la présidence.

Chaque organisme dispose de cinq minutes pour faire une déclaration préliminaire. Nous passerons ensuite aux séries de questions.

Nous allons commencer par la dernière personne que j'ai présentée, soit par Mme Denise Lambert, consultante en santé des Autochtones, pour cinq minutes.

Denise Lambert (consultante en santé des Autochtones, Kimamow Atoskanow Foundation): Je vous remercie de m'accueillir.

Je commence tous mes exposés en précisant que j'ai mes herbes médicinales avec moi, ce qui n'était pas toujours possible pour mes ancêtres.

Je suis une femme autochtone originaire du territoire visé par le Traité n^{o} 6, en Alberta. Je viens du village d'été de Sandy Beach. Je suis mère de cinq enfants et grand-mère de huit petits-enfants. Je suis ici pour vous faire part de mon point de vue personnel et professionnel sur le VIH au Canada. Je représente un organisme appelé la Kimamow Atoskanow Foundation, ce qui signifie en cri, « Nous travaillons tous ensemble ».

Nous avions réalisé des travaux dans le domaine du VIH avant la constitution officielle de notre organisme en 1992. Nous accordons depuis longtemps une grande importance à nos façons d'agir face au VIH et à d'autres enjeux. Nous sommes considérés comme l'un des très rares organismes autochtones ruraux et itinérants au Canada. Nous travaillons avec la Northern Indigenous Health Alliance à divers endroits en Alberta, et je salue nos partenaires à High Level, Peace River et Grande Prairie.

Nous avons récemment reçu des ressources pour offrir nos formations sur l'autodépistage et les tests de confirmation aux agents de santé communautaires autochtones qui travaillent en Saskatchewan et au Manitoba. Nous sommes très fiers de notre approche en matière de santé et de bien-être qui est fondée sur les principes et les protocoles autochtones, ce qui signifie que nous comprenons l'importance du lien avec la terre, la langue, les cérémonies et nos proches, visibles ou invisibles.

Nous saluons le travail de nos chercheurs autochtones spécialisés dans le VIH, ainsi que de ceux qui se joignent à nous dans le cadre de nos programmes et initiatives.

Nous constatons les effets néfastes persistants des politiques et des pratiques coloniales sur la santé des peuples autochtones, notamment — ce que nous n'osons souvent pas dire — du racisme et de la discrimination au sein du système de santé.

Je souligne l'existence de multiples sources de données probantes qui peuvent servir de base pour le travail à mener dans le cadre de cette étude, notamment les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones et les 231 appels à la justice pour les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées.

Je souligne également le travail accompli par le gouvernement fédéral dans le cadre des précédentes stratégies nationales de lutte contre le sida, ainsi que sa participation au sein d'organismes consultatifs comme le Conseil consultatif ministériel sur le VIH/sida et le Conseil national autochtone sur le VIH/sida. Ces instances n'existent plus aujourd'hui, mais elles ont mis en place des mécanismes pour intervenir dans la situation actuelle au pays.

Nous constatons que beaucoup des obstacles, en particulier lorsque je parle de mes relations avec les communautés autochtones, sont des problèmes systémiques, mais aussi — appelons-les par leur nom — des problèmes d'agression et de violence sexuelles, passés et actuels, auxquels il faut s'attaquer. Au cœur de ces problèmes se trouve la question du pouvoir et du contrôle.

Nous demandons une reconnaissance et une compréhension plus profondes des contributions scientifiques autochtones pour soutenir les avancées scientifiques occidentales. Certains de mes collègues des autres groupes parleront peut-être du savoir ancestral.

Nous estimons qu'il est important que les peuples et les communautés autochtones touchés participent à la définition des grandes lignes de la réponse canadienne au VIH et aux ITSS — les infections transmissibles sexuellement et par le sang —, et d'avoir une évaluation propre aux peuples autochtones et à d'autres populations clés.

Nous aimerions aussi voir davantage de recommandations visant à promouvoir l'autodépistage du VIH et les tests de confirmation et surtout à assurer la continuité des soins au sein de la communauté. Nous devons veiller à ce que les critères utilisés pour mesurer nos succès soient précis et ne servent pas uniquement à mettre en avant certains organismes.

Enfin, en ce qui concerne les investissements dans les programmes communautaires — j'utilise ce terme à dessein pour désigner les groupes qui travaillent en première ligne —, nous avons besoin de ressources dans les collectivités rurales et éloignées pour les personnes qui ont été incarcérées ou qui le sont actuellement, et pour nos proches qui sont sans domicile. Vous avez parlé des sans-abri et des personnes difficiles à loger. Oui, nous avons des proches qui vivent dans la rue ou dans des endroits où ils ont du mal à survivre. Il y a aussi le problème de la toxicomanie.

● (1750)

Nous voulons pour les gens que nous aimons... On ne parle pas seulement des personnes qui ont vécu ou vivent une expérience particulière. Nous sommes des gens aimants. Nous souhaitons mener une action de plaidoyer plus forte pour répondre à cette multitude de besoins.

Nanâskomow. Merci.

Le président: Merci.

Nous passons maintenant à M. Gilles Charette, pour cinq minutes.

Gilles Charette (directeur, Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais): Merci, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité, de m'avoir invité à témoigner aujourd'hui. Je m'appelle Gilles Charette. Je suis directeur de l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais, ou SSHG. Nous sommes une alliance de plus de 25 organismes communautaires dont les intervenants, présents partout en Ontario, se consacrent à l'amélioration de la santé et du bien-être sexuels des hommes gais, bisexuels, queers et des autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

En juillet dernier, j'ai assisté à la Conférence internationale sur le sida à Rio de Janeiro. J'ai été frappé par les progrès réalisés dans la recherche sur le VIH et par tout le travail qu'il reste à accomplir pour que ces avancées profitent à ceux qui en ont besoin. Nous avons des traitements très efficaces, comme nous l'avons entendu plus tôt. Nous savons que les personnes vivant avec le VIH qui maintiennent une charge virale indétectable ne peuvent pas transmettre le virus à leurs partenaires sexuels et nous disposons de la PPrE, la prophylaxie préexposition, un outil extrêmement efficace pour prévenir le VIH. Pourtant, le VIH continue de toucher des milliers de personnes au Canada.

À bien des égards, nos politiques publiques et nos investissements n'ont pas suivi le rythme des avancées scientifiques, et l'urgence sanitaire que nous constatons au Manitoba souligne l'urgence de la situation. Les hommes gais, bisexuels et les autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, ainsi que les communautés noires et autochtones, continuent d'être touchés de manière disproportionnée par le VIH. L'homophobie, la transphobie et le racisme influencent la manière dont les personnes vivent avec le VIH, notamment leur sentiment de sécurité lorsqu'elles cherchent à obtenir des informations, à se faire dépister et à recevoir des soins. Pour surmonter ces obstacles, il faut une éducation du public soutenue, y compris des campagnes de sensibilisation appuyées par le gouvernement fédéral.

L'approche adoptée par le Canada en matière de criminalisation de la non-divulgation de la séropositivité est un autre exemple de politique qui n'a pas su s'adapter aux données scientifiques. La criminalisation peut renforcer la stigmatisation et dissuader les personnes concernées de se faire dépister et de parler ouvertement de leur statut sérologique.

À SSHG, notre campagne actuelle sur la santé sexuelle s'intitule « Si personne ne vous l'a jamais dit, nous le ferons (avec amour) ». Elle repose sur le simple constat qu'on ne peut pas partir du principe que tous ont reçu les informations pertinentes dont ils ont besoin en matière de santé sexuelle de manière valorisante et sans jugement.

Récemment, à Thunder Bay, lorsque des données locales ont mis en évidence un foyer de nouvelles infections par le VIH touchant de manière disproportionnée les jeunes hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, le service de santé publique a communiqué avec SSHG. Ensemble, nous avons renforcé les messages ciblés concernant le dépistage du VIH et la PPrE, en combinant les connaissances locales, l'expertise en santé publique et l'engagement communautaire.

La réduction des risques est une autre partie importante de notre travail. Par exemple, grâce à « Fête et psychose, intervenir avec cœur », un atelier éducatif que nous avons préparé à l'intention des fournisseurs de services pour les outiller afin de réagir avec compassion et sans jugement lorsque toxicomanie, santé mentale et santé sexuelle s'entremêlent.

Ces exemples montrent ce que requiert la prévention communautaire: des personnes qualifiées, des relations de confiance et la capacité de répondre aux besoins lorsqu'ils se manifestent. Cependant, cette capacité doit être en place avant même qu'une urgence de santé publique ne survienne.

Le Fonds d'action communautaire et le Fonds pour la réduction des méfaits du gouvernement fédéral constituent des investissements essentiels. Il est indispensable de les renouveler et de les renforcer, même si le financement des projets ne suffit pas à lui seul à maintenir l'infrastructure communautaire nécessaire à la prévention.

En 2016, un poste dédié à la sensibilisation au VIH, financé par le gouvernement fédéral, au sein de l'organisme que je dirigeais à Kingston a perdu son financement, et le travail n'a pas pu se poursuivre. À l'heure actuelle, les membres de l'alliance SSHG ont reçu une prolongation de financement d'un an pour assumer certaines de leurs fonctions, mais l'avenir reste incertain au-delà de ces accords.

Quand le financement disparaît, nous risquons de perdre des travailleurs expérimentés et la confiance qu'ils ont su gagner au sein de la communauté. La prévention communautaire n'est pas simplement une succession de projets. C'est une fonction essentielle et permanente en matière de santé publique.

Nous avons également besoin d'un accès universel à la prévention et au traitement. Une personne qui envisage la PPrE peut hésiter et se demander si cette option lui convient. Si elle doit en plus se débrouiller avec la prise en charge des médicaments, les franchises et la participation aux coûts, cela pourrait suffire à la dissuader. La prévention doit être simple et abordable.

En conclusion, j'ai trois recommandations à formuler.

Premièrement, renouveler et augmenter les investissements fédéraux dans la prévention au sein des communautés, notamment en apportant un soutien durable aux campagnes de sensibilisation du public visant à lutter contre la stigmatisation liée au VIH, à l'homophobie, à la transphobie et au racisme.

Deuxièmement, mettre en place un financement de base stable et soumis à des obligations de reddition de comptes, parallèlement au financement des projets, afin que les organismes puissent conserver un personnel expérimenté et entretenir des relations de confiance avec la communauté.

● (1755)

Enfin, établir des partenariats fédéraux-provinciaux-territoriaux afin de garantir un accès universel et sans obstacle à la prévention et au traitement du VIH, y compris la PPrE, sans barrières financières.

Le président: Merci beaucoup.

Je vais suspendre la séance pendant quelques minutes pour permettre au prochain témoin de se préparer.

● (1800)

_____(Pause)_____

● (1800)

Le président: Nous reprenons nos travaux.

En plus des témoins que nous avons présentés, nous accueillons M. Benoit Racette.

Nous passons maintenant à la COCQ-SIDA.

Vous disposez de cinq minutes en tout.

[*Français*]

Ken Monteith (directeur général, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida): Merci beaucoup, monsieur le président. C'est surtout moi qui vais parler.

Les nouveaux cas de VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, ou ITSS, augmentent partout au Canada. Bien que la situation au Manitoba et en Saskatchewan soit d'une ampleur alarmante, alors que les taux par 100 000 habitants sont trois fois plus élevés que la moyenne canadienne, tout n'est pas réglé ailleurs.

Nous allons parler plutôt de la situation au Québec.

En 2024, il y avait 462 nouveaux cas de VIH au Québec, soit plus de 50 % de plus qu'en 2019, l'année avant la COVID-19. De plus, on note que 44 % des nouveaux cas pour lesquels les informations sont disponibles se présentaient tardivement et avaient des taux de CD4 indiquant une infection qui perdurait depuis longtemps avant d'être détectée.

Nous n'atteignons pas la cible pour le dépistage du VIH.

La disponibilité des autotests du VIH peut aider à mieux viser les populations les plus éloignées du système de santé, mais ces outils coûtent cher. C'est au-delà des moyens des personnes marginalisées, et même des organismes communautaires qui réussissent à entrer en contact avec elles.

Des programmes de distribution gratuite d'autotests comme celui de 2022 et celui annoncé récemment pourraient être très utiles, mais ils sont limités dans le temps. Un projet sur un ou deux ans ne va pas assurer une réponse soutenue dans la société.

Il faut souligner que ces deux projets de distribution d'autotests ont été bien accueillis par les gens engagés dans la lutte contre le VIH, car l'investissement fédéral dans la réponse au VIH et aux ITSS s'effrite au rythme du temps et de l'inflation. Un même montant n'offre pas le même pouvoir d'achat aujourd'hui qu'il n'en offrait il y a une quinzaine d'années.

Pour soutenir la capacité communautaire de répondre au VIH et aux ITSS et d'effectuer des activités de sensibilisation et de prévention, il faut assurer un financement ciblé, stable et continu.

Nous avons témoigné des avancées importantes en matière de traitement et de prévention du VIH sur le plan médical, mais cela n'est pas utile si ce n'est pas accessible à toutes et à tous. Dans plusieurs pays, on reconnaît que la gratuité des antirétroviraux utilisés en prophylaxie préexposition ou en traitement du VIH contribue à leur adoption et au maintien des soins, surtout dans un contexte de crise liée à la hausse des loyers et des prix à l'épicerie que vivent les personnes les plus démunies.

Une solution à ce problème d'accessibilité pourrait être le Régime national d'assurance médicaments, mais le gouvernement fédéral n'a pas réussi à négocier son implantation partout dans le pays, et les médicaments antirétroviraux n'y figurent pas.

Soulignons aussi que la décision récente d'appliquer des frais pour les renouvellements de médicaments dans le cadre du Programme fédéral de santé intérimaire a créé une autre barrière pour les personnes vivant avec le VIH couvertes par ce programme.

Même s'il y a eu des avancées importantes en matière de traitements, l'indicateur bouge à peine pour ce qui est de la stigmatisation du VIH et des personnes les plus vulnérabilisées de notre société. L'Agence de la santé publique du Canada reconnaît que la stigmatisation des populations et du VIH peut nuire à l'accès aux bienfaits que nous constatons dans les traitements.

Parfois, ce sont les politiques d'autres ministères qui érigent des barrières aux soins ou qui stigmatisent des populations. Nous reconnaissons que ce serait hors de la portée de ce comité d'agir en amont sur des sujets tels que la criminalisation de la non-divulgation du statut VIH, le travail du sexe ou l'utilisation de substances psychoactives, ou de mesurer les conséquences des politiques d'immigration qui stigmatisent des personnes et qui laissent des personnes sans accès à une couverture sanitaire adéquate. Ces questions exigent que la ministre de la Santé agisse de concert avec ses collègues dans d'autres ministères dans le but d'avoir de meilleurs résultats en matière de santé pour toute personne se trouvant sur notre territoire.

Protéger les personnes les plus vulnérables protège le reste de la population.

Merci.

● (1805)

[*Traduction*]

Le président: Merci beaucoup. Vous avez terminé juste à temps, à 4 minutes et 54 secondes.

Nous passons maintenant à Mme Kronis, pour six minutes.

Tamara Kronis: Merci beaucoup, monsieur le président.

Ce qui est à l'origine de cette étude, c'est l'augmentation du nombre de diagnostics de VIH au Manitoba, dont le taux est trois fois supérieur à la moyenne nationale. Concrètement, cela signifie qu'il y a eu 328 nouveaux diagnostics de VIH en 2025 au Manitoba, contre 90 en 2019.

Vous avez parlé de collectivités un peu partout au pays, mais j'aimerais que vous parliez chacun brièvement de ce que vous savez de la crise au Manitoba, et de ce chiffre stupéfiant selon lequel 69 % des nouveaux cas sont liés à la consommation de drogues injectables.

Monsieur Charette, pourriez-vous nous parler précisément du Manitoba?

Gilles Charette: Je suis en Ontario et je ne peux pas parler précisément de ce qui se passe au Manitoba, mais je peux parler d'une expérience semblable.

Tamara Kronis: Je vais vous arrêter ici, parce que j'aimerais vraiment en savoir plus sur le Manitoba. C'est la situation au Manitoba qui a motivé cette étude.

Madame Lambert, vous pourriez peut-être parler de la crise au Manitoba.

Denise Lambert: Je peux dire que j'ai été invitée à quelques reprises au Manitoba pour fournir de l'information, discuter de la situation dans cette province et apporter mon aide, ce qui s'inscrit dans le cadre de notre collaboration.

Quand j'ai qualifié la situation d'inacceptable, je peux dire que cela a retenu l'attention.

Lorsque vous me parlez de l'augmentation observée de 2019 à 2025, j'aimerais savoir quels sont les autres facteurs au sein du système qui ont influé sur cette augmentation, qu'il s'agisse de la question du logement ou du financement. Y a-t-il un problème lié aux ressources humaines? Est-ce lié à une situation survenue au sein des collectivités?

Je ne peux pas me prononcer sur les 69 % de nouvelles infections causées par l'utilisation de drogues injectables. Je pense que c'est un facteur commun à toutes les régions. La consommation de drogues injectables est très préoccupante.

● (1810)

Tamara Kronis: Je comprends tout à fait pourquoi c'est très préoccupant, mais nous parlons d'un taux trois fois supérieur à la moyenne nationale.

Monsieur Monteith, pouvez-vous nous parler de la crise au Manitoba, qui a motivé cette étude?

Ken Monteith: Ce que je peux dire repose sur la réponse apportée par le gouvernement du Manitoba. Il reconnaît le problème et met en place ce qui manquait, soit un accès gratuit à des antirétroviraux, la promotion et la disponibilité de la PPrE et des tests adaptés aux différentes populations.

Ce sont les...

Tamara Kronis: Je pense que c'est important, mais quelqu'un ici peut-il nous parler des données provenant du Manitoba?

Monsieur le président, si ce n'est pas le cas, compte tenu du sujet que nous... Au cours de la première heure, les témoins nous ont fait savoir qu'ils n'ont pas accès aux données dont ils ont besoin. Au cours de la deuxième heure, les témoins ne sont pas en mesure de fournir au Comité les données qui sont au cœur même de la raison pour laquelle nous menons cette étude.

Je me demande à quel moment, dans le cadre de cette étude, vous allez convoquer ces témoins. Vous pourriez peut-être envisager d'accélérer la convocation des témoins qui sont en mesure de nous fournir les données essentielles colligées sur le terrain au Manitoba dont nous avons besoin pour vraiment entreprendre ces travaux.

Le président: Madame Kronis, vous devez savoir qu'en tant que président, je laisse aux partis — les conservateurs, le Bloc et les libéraux — le soin de prendre leurs propres décisions quant aux témoins qu'ils invitent. C'est ainsi que nous procédons. Travaillons avec les témoins que nous avons.

Si vous avez d'autres suggestions à faire, vous devriez vous adresser à votre whip ou à votre chef, Mme Dancho, afin de déterminer qui vous voulez sur la liste des témoins.

Tamara Kronis: Je pense que c'est très important. J'espère que nous pourrons bénéficier de la coopération des députés d'en face. Je sais que le député Eyolfson vient du Manitoba.

Je pense que c'est très important. Il y a une vaste expertise dans tout le pays. Mon cher ami Chris Bunting, qui nous a quittés il y a quelques années, a occupé pendant longtemps le poste de PDG de la Fondation canadienne de recherche sur le SIDA.

Il y a une anomalie au Manitoba. Nous sommes confrontés à une situation où l'incidence des nouvelles infections au VIH est considérablement plus élevée. C'est ce qui a motivé cette initiative. Je pense qu'il est très important que nous nous appuyions sur les faits concrets observés au Manitoba, afin de pouvoir tirer parti de l'évaluation de cette analyse causale et de réfléchir sérieusement aux données dont nous avons besoin pour mener cette étude de manière fructueuse.

Le président: Merci, madame Kronis. Votre temps de parole est écoulé.

Nous allons maintenant céder la parole à Mme Chi pour six minutes.

Maggie Chi (Don Valley-Nord, Lib.): Merci à tous les témoins qui se sont présentés aujourd'hui au Comité pour nous fournir des renseignements incroyables.

Vous faites un travail exceptionnel sur le terrain. Nous vous en sommes très reconnaissants et nous vous en remercions.

Madame Lambert, votre opinion est extrêmement importante car, comme nous l'avons entendu aujourd'hui, le fait de mettre un service à la disposition des gens ne signifie pas forcément qu'ils sont à l'aise pour l'utiliser.

D'après ce que vous avez observé, vu et entendu dans le cadre de votre travail auprès des communautés autochtones, quelles approches fonctionnent bien pour instaurer la confiance et permettre aux gens d'accéder à l'information, au dépistage et aux soins, plus particulièrement dans les communautés rurales et éloignées? Quelles mesures pourraient être adaptées par d'autres communautés?

Denise Lambert: J'ai saisi la partie où vous demandez ce qui fonctionne bien dans votre question.

Maggie Chi: Qu'est-ce qui fonctionne bien pour établir un climat de confiance et permettre aux gens d'accéder à des soins?

Denise Lambert: Voici les questions très simples que nous posons aux gens lors d'une première rencontre, quel que soit le contexte ou la situation: d'où venez-vous? Quelles sont vos relations?

Les relations sont importantes, tout comme le fait de savoir de quelle communauté une personne provient. Il pourrait s'agir d'une communauté, d'un milieu urbain, de certains liens familiaux ou de certaines circonstances. Je pense que les questions initiales visent à déterminer d'où vient la personne, ce qui, je sais, est un principe utilisé dans le cadre de nombreuses approches visant à établir un climat de confiance.

● (1815)

Maggie Chi: Diriez-vous que l'approche est la même, plus particulièrement dans les communautés rurales et éloignées? Avez-vous remarqué des mesures qui pourraient être efficaces?

Denise Lambert: Ce qui fonctionne bien, selon nous, c'est lorsque les personnes ont un lien avec ce même milieu et partagent des points communs dans une région donnée. Certaines personnes vivent à sept ou huit heures de route d'une clinique de traitement du VIH, mais nous parvenons néanmoins à établir des liens avec des personnes atteintes du VIH dans ces communautés grâce à ces relations. Elles connaissent quelqu'un en qui elles ont suffisamment confiance pour faire ce long trajet et consulter un spécialiste. C'est un aspect que nous espérons également pouvoir changer un peu.

Maggie Chi: Beaucoup de travaux préparatoires semblent avoir été effectués. Merci beaucoup de faire ce travail et d'instaurer un climat de confiance sur le terrain.

Je veux revenir sur le sujet de la prévention. Ma prochaine question s'adresse à M. Charette.

Nous savons que les renseignements doivent être exacts et être communiqués aux gens d'une manière à ce qu'ils cadrent avec leur vie et leur situation.

Je suis de l'Ontario. Je vous remercie de tout le travail que vous accomplissez en Ontario.

Vous avez dit que le réseau compte environ 25 organisations. Vous avez mentionné qu'il y a un grand nombre d'obstacles et de lacunes. Quelles sont les principales lacunes pour comprendre la prévention du VIH à l'heure actuelle?

Gilles Charette: Je dirais dans un premier temps l'éducation, ou plutôt le manque d'éducation, que les gens reçoivent à l'heure actuelle. Bien qu'on offre une éducation de base en matière de santé sexuelle, elle ne reflète pas toujours les réalités de la vie des communautés qui sont touchées par le VIH.

Quand nous utilisons l'exemple des récentes infections observées à Thunder Bay, ce que la communauté et les travailleurs nous disent, c'est que les gens présument que le VIH n'est plus un problème, que c'est une maladie que l'on contracte, mais qu'il y a un traitement et qu'on ira bien. On ne mesure pas forcément l'importance de la prévention.

J'ai entendu tout à l'heure quelqu'un dire qu'il appartenait à une génération où le VIH planait sur son existence comme un nuage noir. Nous vivons aujourd'hui à une époque où la science a progressé et, heureusement, il y a une génération qui ne partage peut-être pas cette inquiétude. Cela étant dit, comme cette génération ne partage pas cette inquiétude, il faut transmettre l'information aux jeunes... La campagne que nous déployons actuellement met l'accent sur les lieux situés à proximité des collèges et des universités, car les données épidémiologiques révèlent l'existence de lacunes dans les connaissances et dans la perception des gens de leur vulnérabilité à l'infection au VIH.

Maggie Chi: D'accord. Merci de ces remarques.

Pour ce qui est de s'adresser aux jeunes, qu'est-ce que cela signifie? Faut-il se rendre sur les campus universitaires ou aller sur les réseaux sociaux? Selon vous, quel est le moyen le plus efficace de s'adresser aux jeunes?

Gilles Charette: Je vais reprendre ce que ma collègue a dit au sujet des gens qui ont une expérience vécue. Dans leur communauté, ils engagent des dialogues et instaurent un climat de confiance grâce aux expériences qu'ils ont vécues. Lors de la conception de nos campagnes, nous veillons tout particulièrement à ce que chacun puisse y reconnaître sa propre expérience. Nous préparons nos messages de manière à ce que les jeunes puissent s'y reconnaître.

Notre campagne, dont la prochaine phase sera lancée en janvier, sera présente dans les résidences universitaires et les bars des campus. Cela fait partie de notre stratégie visant à communiquer avec les jeunes.

Maggie Chi: Je vous remercie.

Le président: Il vous reste 30 secondes.

Maggie Chi: Très rapidement, monsieur Charette, pouvez-vous nous donner un exemple de ce qui se passe lorsqu'une personne ayant besoin d'aide se présente à l'une de vos organisations? Que se passe-t-il lorsqu'elle franchit la porte?

Gilles Charette: Cela dépendrait vraiment des cas, mais je pense qu'il faudrait en grande partie interroger les gens sur le dépistage et leur demander s'ils ont eu recours à ce service récemment ou s'ils en ont besoin. Les aider à accéder à ce service serait la première chose qui me viendrait à l'esprit, ou encore répondre à toutes leurs questions. Bien souvent, les gens viennent nous voir parce qu'ils se demandent si la prophylaxie préexposition leur convient. Ils en ont entendu parler, mais ils ne disposent peut-être pas de toutes les informations dont ils ont besoin.

Le président: Je vous remercie.

Nous allons maintenant céder la parole à Mme Gaudreau pour six minutes.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je trouve la discussion très intéressante. On a mis sur la table les principaux défis. Effectivement, on a besoin de plus de données, d'une part. D'autre part, si on veut agir, il faut quand même bien faire du dépistage. Or, on va se le dire honnêtement, je suis convaincue que ce n'est pas tout le monde autour de la table qui est à l'aise de parler de santé sexuelle et d'habitudes sexuelles. Il y a des gens qui sont plus à l'aise que d'autres. Cela étant dit, qu'est-ce qui se passe quand quelqu'un est mal à l'aise, pense qu'il est peut-être infecté, se dit qu'il aurait peut-être besoin d'un autotest, mais qu'il n'est pas capable de faire des démarches ou ne sait même pas que ça existe? Selon vous, est-ce qu'il existe quelque chose qui pourrait faciliter le processus et respecter l'anonymat?

Je pose la question à M. Charette.

● (1820)

Gilles Charette: Je vais essayer de répondre à la question en français. Je n'ai pas souvent l'occasion de me servir de cette langue.

Marie-Hélène Gaudreau: Ça va très bien.

Gilles Charette: Merci beaucoup.

Il y a plusieurs options.

Un programme qu'on voit beaucoup dans les centres communautaires de lutte contre le VIH, ce sont des services en ligne. On en retrouve surtout dans les applications dont les gens se servent pour faire des rencontres de nature sexuelle ou avoir des relations. Souvent, ceux qui travaillent dans le secteur sont présents dans ces applications pour répondre aux questions de ce genre et orienter les gens vers les ressources, que ce soit le test en personne, les tests anonymes ou l'autotest.

En Ontario, il y a un programme qui a commencé ici, à Ottawa, appelé GetaKit. Les gens peuvent aller en ligne, indiquer s'ils ont des symptômes ou non, ou dire combien de temps ça fait depuis leur dernier test. Ils peuvent faire livrer à la maison ou à un organisme une trousse pour faire l'autotest ou bien les formulaires qu'ils devront apporter à un des LifeLabs, par exemple, pour faire une prise de sang. De cette façon-là, ce n'est pas nécessairement anonyme, mais ça enlève l'anxiété que les gens peuvent avoir s'ils doivent parler de leur vie sexuelle à quelqu'un en personne.

Marie-Hélène Gaudreau: Là, on a une solution extrêmement intéressante. Moi, je suis hétérosexuelle et je ne connais pas Grindr ni Scruff. Cependant, quand j'ai fait des analyses, je me suis rendu compte qu'il y avait de l'accessibilité pour la prévention, mais c'est peut-être pour un court laps de temps. Je ne savais même pas, avant aujourd'hui, que certaines choses existaient. Tantôt, je parlais de la pilule du lendemain, qui est non pas un moyen contraceptif, mais un moyen préventif utilisé après coup, mais il y a aussi la PrEP. Ça existe, ça aussi.

Effectivement, en matière d'éducation, chaque province qui fait de l'offre de services a besoin d'agir. Je me rends compte de la situation au Québec. Dans les années 1990, j'ai eu une éducation sexuelle par l'intermédiaire du système d'éducation, tout comme mes filles, qui sont de jeunes adultes. Cependant, au Québec, la génération des millénariaux n'en a pas eu, parce qu'il y a eu une réforme.

Je trouve que c'est une énorme pression qu'on vous impose. Comment se fait-il que, lors du Festival Fierté Montréal, il y ait plus de kiosques de prévention que de lieux de festivités? Il y a quelque chose qui se passe.

J'en reviens au dépistage. Est-ce qu'on pourrait faire la même chose pour que, dans toutes les provinces et tous les territoires, quand une personne reçoit un diagnostic, elle puisse obtenir gratuitement quelque chose par la poste, entre autres, pour qu'on lui donne un traitement? Il doit y avoir d'autres choses comme ça qui existent. Est-ce quelque chose qui peut être pertinent?

Gilles Charette: J'imagine que oui. C'est un programme qui a commencé à Ottawa en tant que test, et il est maintenant offert partout en Ontario. C'est un système assez simple et accessible en ligne. C'est fait surtout par une équipe d'infirmières ou de cliniciens qui sont situés à Ottawa. Le suivi est fait à Ottawa. Il y a aussi des partenariats avec les bureaux de santé publique d'autres communautés, et ce sont eux qui font le suivi. J'imagine que c'est quelque chose qui pourrait être porté à l'échelle nationale.

Marie-Hélène Gaudreau: Dans le fond, il faut colmater le problème qui se passe au Manitoba. Honnêtement, si ça peut servir à l'ensemble, allons-y, regardons les bonnes pratiques qui se font ailleurs et donnons de l'accessibilité.

Madame Lambert, est-ce que vous pensez que, dans les différentes communautés autochtones, l'accessibilité à un test de dépistage et à une ordonnance gratuite peut visiblement aider?

● (1825)

[*Traduction*]

Denise Lambert: Je dirais que oui, bien sûr.

Depuis deux ans et demi, nous menons une initiative intitulée « Take It Personally » dans le cadre de laquelle nous encourageons les Autochtones, dans le cadre de différentes activités, à prendre leur santé en main. Nous avons mis des trousses d'autodépistage à leur disposition. Aujourd'hui, grâce à une partie des fonds que nous venons de recevoir pour nos projets, nous achetons des tests OraQuick et les mettons à leur disposition. Nous étudions les technologies d'analyses de confirmation qui sont disponibles dans presque toutes les communautés des Premières Nations ou nous essayons de déterminer où elles existent. Nous cherchons à trouver d'autres moyens que de consulter un professionnel de la santé agréé pour accéder à un traitement qui devrait être accessible à tous.

Le président: Merci beaucoup, madame Gaudreau.

Nous passons maintenant au Dr Strauss pour quatre minutes.

Matt Strauss: Merci, monsieur le président.

Monsieur Charette, je suis heureux de vous voir ici. Je suis un grand admirateur de votre organisation.

Lorsque j'ai travaillé dans le domaine de la santé publique en Ontario, nous arrivions à la fin d'une pandémie de trois ans, celle de la COVID-19. Je me suis un peu tourné vers la politique parce que j'avais l'impression que nous n'appliquions pas les dures leçons tirées de la crise du VIH jusqu'à la COVID-19. Je demandais une approche calme, courageuse et empreinte de compassion. Il m'est arrivé trop souvent de trouver que les messages d'intérêt public étaient fondés sur la peur, la honte et, parfois, la coercition.

Lorsque la variole du singe a refait surface, le Conseil des médecins hygiénistes en chef en Ontario a invité des représentants de l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais a parlé à notre groupe. Ils ont préconisé une approche calme, empreinte de compassion et axée sur le consentement. Votre organisation, en toute franchise, a fait honte à l'établissement de santé publique. Elle a piloté l'approche contre le virus en prenant des mesures très importantes en Ontario et, j'imagine, à l'échelle nationale, et nous avons — ou, plutôt, vous avez — freiné cette épidémie en moins de six mois. Je crois que cela en dit très long sur le mérite de votre organisation, sur les moyens qu'elle prend pour s'attaquer à ce genre de situations.

Vous avez dit dans votre déclaration liminaire qu'on a réduit votre financement, et cela me fâche. Pouvez-vous me dire qui a réduit votre financement et quels motifs ont été invoqués?

Gilles Charette: Permettez-moi d'expliquer. Dans ma déclaration, je parlais de la réduction du financement destiné à l'organisme de services de lutte contre le VIH dont j'étais le directeur général à Kingston. C'était en 2018 et attribuable aux changements apportés au Fonds d'initiatives communautaires à l'époque. On a donc amputé des services de sensibilisation qui étaient offerts dans le Sud-Est de l'Ontario. L'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais possède des travailleurs d'un bout à l'autre de la province. Certains reçoivent un financement de base de la province, tandis que d'autres sont financés par le Fonds d'initiatives communautaires.

Des collectivités affirment avoir reçu une prolongation d'un an pour financer le travail, mais elles ne savent pas ce qui se produira le 31 mars prochain. Dans des collectivités comme Peterborough et Hamilton, ce qui arrivera au travail de l'Alliance dans nos communautés sans ces fonds, s'ils changent, s'ils sont réduits et...

Matt Strauss: D'où proviennent-ils en ce moment?

Gilles Charette: Le financement provient du Fonds d'initiatives communautaires de l'Agence de la santé publique du Canada.

Matt Strauss: Ses représentants viennent tout juste de comparaître ici. J'aurais aimé pouvoir leur poser des questions à ce sujet.

Pouvez-vous me faire signe lorsqu'il me restera 30 secondes, monsieur le président?

Le président: Oui.

Matt Strauss: Madame Lambert, vous avez dit que la violence sexuelle est un risque. Tous les experts nous ont dit que la violence sexuelle est un facteur de risque pour la propagation du VIH dans les communautés. Vous avez parlé de l'importance de la combattre. Que doit-on faire? Quelles sont les lacunes? Je sais que vous n'avez pas de panacée ou de baguette magique, mais qu'avez-vous observé dans votre travail? Que doit-on faire pour mettre fin à la violence sexuelle?

Denise Lambert: Pour assurer un lien avec l'expérience vécue par les victimes de violence sexuelle, les personnes qui travaillent comme nous dans le domaine de la santé doivent créer des situations et des endroits pour pouvoir discuter des effets de la violence sexuelle ainsi que de notre façon d'offrir une éducation sexuelle et de sensibiliser les gens à la prévention et au traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang de même qu'aux soins connexes.

Le président: Vous avez 45 secondes.

Matt Strauss: Merci.

Monsieur le président, ma collègue, Mme Kronis, a soulevé des points très importants en mentionnant que l'épidémie au Manitoba est au cœur de notre étude. À mon avis, il est consternant que nous ayons en 2026 une épidémie au Canada et qu'il s'agisse d'une vieille maladie. Le directeur chargé des maladies infectieuses à l'Agence de la santé publique du Canada nous a dit que l'Agence n'avait pas les bonnes données pour lutter contre ce virus.

Je me demande si vous pouvez demander le consentement unanime du Comité pour inviter le médecin hygiéniste en chef du Manitoba ainsi que la médecin hygiéniste en chef du Canada à venir nous parler de ces lacunes dans les données.

Le président: D'accord.

● (1830)

Maggie Chi: Puis-je obtenir des précisions?

Le président: Bien sûr, madame Chi.

Matt Strauss: Je propose que nous invitions les médecins hygiénistes en chef du Manitoba et du Canada à venir nous parler de cette épidémie et des lacunes observées dans les données.

Je me suis dit que nous pouvions régler la question rapidement avec le consentement unanime.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci.

Monsieur Strauss, comme je l'ai mentionné plus tôt, lorsque Mme Dancho est ici, elle peut parler aux libéraux, au Bloc et à la greffière, et ces choses peuvent se faire...

Matt Strauss: Nous semblons avoir le consentement unanime, donc...

Le président: Votre temps est écoulé. En fait, nous l'avons dépassé de 35 secondes.

Je vais...

Brad Redekopp (Saskatoon-Ouest, PCC): J'invoque le Règlement.

J'ai entendu le député présenter une motion. Ne faut-il pas s'en occuper?

Le président: Il n'a pas dit que c'était une motion.

Matt Strauss: J'ai dit: « Je propose ».

Maggie Chi: Nous avons donné le consentement unanime.

Matt Strauss: Elle a donné le consentement unanime. Je ne pense pas que vous l'ayez remarqué. Les libéraux ont acquiescé d'un signe de tête.

Maggie Chi: Nous avons donné le consentement unanime. Nous sommes tous d'accord.

Marie-Hélène Gaudreau: C'est bon.

(La motion est adoptée. [*Voir le Procès-verbal*])

Le président: Monsieur Redekopp, vous avez été vice-président. Vous savez que ces choses peuvent être réglées avant les réunions. Lorsque nous avons des témoins, je ne veux pas prendre leur temps et celui des députés pour en discuter.

Je vous encouragerais, madame Kronis et monsieur Strauss, de bien vouloir parler à Mme Dancho à l'avenir. Nous faisons une pause la semaine prochaine et nous reprenons nos travaux dans deux semaines.

Tamara Kronis: J'invoque le Règlement, monsieur le président. Nous avons demandé le consentement unanime, et nous l'avons obtenu. Je m'attendrais à ce que la motion...

Le président: Oui, c'est réglé, mais je vous le dis maintenant pour les autres questions que vous pourriez avoir en tête et dont vous n'avez pas parlé.

Cela dit, monsieur Strauss, je vous serais reconnaissant de transmettre la motion à la greffière par courriel. Merci.

Nous allons passer à l'avant-dernière intervenante, Mme Sidhu, pour quatre minutes.

Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Je remercie tous les témoins de leurs témoignages très éclairants.

Ma question s'adresse à Mme Lambert.

Quelles sont les principales difficultés rencontrées avant de pouvoir commencer le traitement des personnes diagnostiquées séropositives? Combien de temps faut-il attendre avant le début du traitement? Tout le monde peut répondre.

Denise Lambert: Je dirais que cela dépend de l'endroit où elles se trouvent et de la mesure dans laquelle elles ont des liens avec le système de santé.

Sonia Sidhu: Merci.

Allez-y, monsieur Charette.

Gilles Charette: Il existe des disparités selon la région où les gens se trouvent, en fonction de la présence de cliniciens spécialistes des maladies infectieuses dans la région et lorsqu'il s'agit principalement de soins primaires. Il peut y avoir de réelles lacunes de cette façon.

De plus, il y a la situation des gens relativement aux déterminants sociaux. Lorsque la personne n'est pas logée de manière stable, par exemple, il est plus difficile de communiquer avec elle et de prendre des rendez-vous pour lui procurer les soins. Cela dit, lorsqu'on aiguille quelqu'un vers un spécialiste des soins primaires, cela ouvre la porte à toutes sortes d'autres choses, y compris un traitement de la consommation problématique, des services de logement, etc.

Sonia Sidhu: Merci.

Le Manitoba a observé une hausse marquée des infections chez les femmes. Comment pouvons-nous améliorer le dépistage du VIH chez les femmes alors qu'elles ne se considèrent pas comme des personnes à risque?

Denise Lambert: Une fois de plus, j'attire l'attention sur le système de santé et la mesure dans laquelle on peut faire venir les gens dans les établissements. De nombreuses femmes ont des enfants et d'autres obligations. Lorsqu'une femme sait qu'elle devra patienter dans une salle d'attente plus de 10 heures, pour donner un exemple simple, elle peut souvent décider que toutes ses obligations à la maison sont plus importantes que son engagement à prendre soin de sa propre santé. C'est ce que j'ai observé.

Sonia Sidhu: Monsieur Charette, vouliez-vous dire quelque chose?

Gilles Charette: Je pense que la communauté s'accroche à des discours de longue date quant aux personnes touchées par le VIH. Certaines communautés sont grandement touchées par le VIH. La situation au Manitoba en dit long à ce sujet, mais des communautés, plus particulièrement chez les gens de certaines générations, voient encore cela comme un problème qui touche principalement la communauté cible de l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais, alors que dans les faits, c'est beaucoup plus vaste.

En Ontario, on mène actuellement une campagne qui s'appelle KnowHIV, ou « connaître le VIH ». L'intention est vraiment de parler aux communautés dont l'expérience ou les connaissances concernant le VIH sont dépassées afin que les gens se demandent vraiment si, par exemple, des outils comme la prophylaxie préexposition leur conviennent également.

● (1835)

Sonia Sidhu: Monsieur Charette, vous avez parlé d'un manque d'éducation. Vos organisations font un excellent travail pour combler cette lacune. Quel est, selon vous, le principal obstacle à cela?

Gilles Charette: Je dirais que nous avons réalisé à certains égards des progrès en ce qui a trait à l'homophobie et à la transphobie. Nous commençons à voir un recul. Je pense que les deux vont de pair. C'est également un obstacle lorsque les gens ne sont pas portés à être ouverts au sujet de ce qu'ils vivent à cause d'un climat social qui ne crée pas les conditions nécessaires à cette fin.

Par exemple, si nous dépendons des enseignants pour transmettre ces connaissances, nous devons aussi avoir l'assurance qu'ils se sentent à l'aise de parler de l'expérience vécue par les jeunes membres de la communauté 2ELGBTQ, par exemple. Ce n'est pas toujours le cas. Nous entendons certainement des gens qui s'opposent fortement à ce que certains sujets soient abordés dans les écoles.

Le président: Vous avez 30 secondes.

Sonia Sidhu: Quelqu'un veut-il nous dire ce qui devrait être fait? Quel est le principal conseil que vous voudriez donner au Comité?

Denise Lambert: La première chose à laquelle j'ai pensé lorsque vous avez posé la question, c'est qu'une grande partie des communautés où nous travaillons et offrons des services n'a pas la technologie nécessaire ou un accès à des choses aussi simples qu'Internet pour consulter une partie de l'information.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons passer à Mme Gaudreau pour deux minutes.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Merci, monsieur le président.

Je vais faire ça rapidement. Mes questions s'adresseront à MM. Monteith et Racette.

Je vous mets en contexte. Il y a sept ans, alors que je siégeais au Comité permanent de l'accès à l'information, de la protection des renseignements personnels et de l'éthique, nous avons fait une étude sur Pornhub. J'ai donc été exposée pendant plusieurs heures à la question de la pornographie. J'ai alors constaté certaines choses, et c'est pour ça qu'aujourd'hui je suis abasourdie. Vous me le direz si je me trompe, mais l'éducation sexuelle passe très souvent par la pornographie. Aujourd'hui, on voit que ce n'est plus juste Pornhub. Ça peut aussi être OnlyFans, X ou Bluesky, par exemple. Ce ne sont plus nécessairement des acteurs, et tout n'est plus nécessairement arrangé avec le gars des vues. Ce sont les personnes elles-mêmes qui exposent leur vie privée.

Ce dont je me suis rendu compte il y a déjà un bout de temps, c'est l'absence de condoms, tant dans les relations hétérosexuelles que dans les relations homosexuelles. Aujourd'hui, j'apprends que ces personnes suivaient peut-être un traitement.

On doit se protéger. Ce qu'on disait dans les années 1990, c'était que le port du condom était la première des étapes pour se protéger.

J'aimerais vous entendre nous dire ce qui se passe en matière d'éducation sexuelle si la majorité du contenu porte les gens à croire que c'est comme ça que ça se passe et que ça doit être normal.

J'aimerais entendre votre opinion, messieurs. Il vous reste 30 secondes.

Ken Monteith: Je vais laisser M. Racette répondre à la question en premier.

Benoit Racette (coordonnateur, Droits et plaidoyer, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida): J'ai grandi dans les mêmes années que vous, madame Gaudreau. J'ai entendu les mêmes messages que vous entendiez et qu'on n'entend plus aujourd'hui.

Il est difficile de parler de qui, parmi les organismes, fait de la socialisation sur le plan de la sexualité. Soit dit en passant, partout au Québec, les organismes le font tous les jours, justement pour informer les gens sur les moyens de contraception et faire connaître la PrEP, par exemple, qui est peu connue en dehors des groupes dits plus naturels. Il faut cependant donner des moyens suffisants aux groupes pour qu'ils le fassent.

Il faut que ce soit intégré aussi, bien sûr. Plus tôt, vous étiez très intéressée par l'idée d'un autotest. Je vous rappelle que, au Québec, si ce n'était du programme fédéral, il n'y aurait pas d'autotests gratuits. Ce serait donc une bonne idée de le soutenir, pour que ce soit simple d'accès.

Pour ce qui est des traitements préventifs, par exemple la PrEP, il y a une franchise à payer. Il faudrait donc que ce soit gratuit, comme c'est le cas pour les autres ITSS, pour lesquelles on peut faire des autotests gratuitement.

[*Traduction*]

Le président: Merci beaucoup. Il s'est presque écoulé trois minutes.

Au nom des membres du Comité, je remercie les témoins de l'information utile qu'ils nous ont donnée.

Notre prochaine réunion aura lieu lundi, le 16 novembre. Elle portera sur la capacité en imagerie diagnostique.

Plaît-il au Comité de lever la séance?

Des députés: D'accord.

Le président: La séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la Loi sur le droit d'auteur. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre des communes.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la Loi sur le droit d'auteur.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante : https://www.noscommunes.ca

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the Copyright Act. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the Copyright Act.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the following address: https://www.ourcommons.ca