

Viser en priorité la santé, respecter les droits



Un manuel de formation à l'intention de la police
pour la prestation de services à des personnes vivant avec le VIH
et/ou l'hépatite C ou affectées par ceux-ci au Canada

RÉSEAU JURIDIQUE VIH | MARS 2021

Ce rapport a été rédigé par Joseph Burley et Maurice Tomlinson.

Révisseuse : Megan Long • Traducteur : Jean Dussault • Graphiste : Ryan White, R.G.D.

Remerciements :

Merci à Sandra Ka Hon Chu, à Richard Elliott, à Janet Butler-McPhee et aux participant-es de la communauté et de la police (voir l'Annexe A) pour la révision des ébauches du présent document.

Merci à Emily Ward et à Matthew Cheng pour leur assistance à la recherche.

À propos du Réseau juridique VIH :

Le Réseau juridique VIH (autrefois le Réseau juridique canadien VIH/sida) fait valoir les droits humains des personnes vivant avec le VIH ou le sida et de celles qui sont à risque ou affectées autrement, au Canada et dans le monde, à l'aide de recherches et d'analyses, d'actions en contentieux et d'autres formes de plaidoyer, d'éducation du public et de mobilisation communautaire. Sa vision est celle d'un monde où les droits humains et la dignité des personnes vivant avec le VIH ou le sida et affectées autrement sont pleinement réalisés; et où les lois et politiques favorisent les efforts de prévention du VIH ainsi que les soins, les traitements et le soutien.

Le Réseau juridique VIH reconnaît que la terre sur laquelle nous vivons et travaillons est traditionnellement connue sous le nom de Turtle Island et est la terre ancestrale des Haudenosaunee, des Wendat et des Anishinaabe, y compris les Mississaugas de la Première Nation de Credit. Nous sommes tous et toutes des personnes visées par un traité. En tant que colons et défenseur-es des droits de la personne œuvrant pour la santé et la justice, nous sommes invité-es à honorer dans notre travail les appels à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation. Nous devons faire notre part pour lutter contre les injustices persistantes et les inégalités de santé qui en résultent pour les peuples autochtones et qui contribuent à l'impact disproportionné de l'épidémie de VIH sur leurs communautés. Nous nous engageons activement dans cet effort, en travaillant en collaboration avec nos collègues autochtones et autres.



Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 4 |
| Glossaire | 4 |
| Section I : Le VIH, le VHC et la santé et la sécurité au travail | 5 |
| Objectifs d'apprentissage | 5 |
| ABC de la biologie du VIH | 5 |
| Progression et symptômes du VIH | 6 |
| La différence entre le VIH et le SIDA | 7 |
| La transmission du VIH | 7 |
| Le traitement du VIH | 8 |
| ABC de la biologie du VHC | 8 |
| Progression et symptômes du VHC | 8 |
| La transmission du VHC | 8 |
| Le traitement du VHC | 9 |
| La prévention du VIH et du VHC | 9 |
| Épidémiologie du VIH au Canada | 10 |
| Épidémiologie du VHC au Canada | 10 |
| Épidémiologie du VIH et du VHC et populations prioritaires | 10 |
| L'exposition au VIH et au VHC et la sécurité au travail | 11 |
| Réduction des risques au travail | 12 |
| Protocoles post-exposition | 12 |
| Section II : Les droits de la personne, la santé publique et le rôle de la police | 13 |
| Objectifs d'apprentissage | 13 |
| Le VIH, le VHC et les déterminants sociaux de la santé | 13 |
| La stigmatisation du VIH | 13 |
| Le VIH et les populations prioritaires au Canada | 14 |
| Le VIH et les droits de la personne | 16 |
| 1. Charte canadienne des droits et libertés | 16 |
| 2. Protection fédérale en vertu de la loi canadienne sur les droits de la personne | 16 |
| 3. Lois provinciales et territoriales sur les droits de la personne | 17 |
| 4. Commission de vérité et réconciliation du Canada : appels à l'action | 17 |
| 5. <i>Le VIH/SIDA et les droits de l'homme - directives internationales</i> (lignes directrices), haut-commissariat aux droits de l'homme et programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) | 17 |
| Lois pénales et politiques affectant l'accès aux services sociaux, de santé et à d'autres services de soutien pour le VIH et le VHC | 18 |
| 1. La criminalisation de la non-divulgence du VIH | 18 |
| 2. La criminalisation des personnes qui consomment des drogues | 19 |
| 3. La criminalisation du travail du sexe | 19 |
| Importance du maintien de la confidentialité et du traitement du VIH | 20 |
| La police et la santé publique | 20 |
| Pratique 1. Exercice de discrétion dans l'application afin de réduire l'impact négatif du contact avec la police | 20 |
| Pratique 2. Réduire le langage et les comportements stigmatisants, dans la prestation de services à des personnes vivant avec le VIH ou le VHC ou affectées par ceux-ci : | 21 |
| Pratique 3. Intégrer la sécurité culturelle dans la prestation de services aux populations autochtones et à d'autres populations prioritaires | 22 |
| Conclusion | 24 |
| Références | 25 |
| Annexes | 29 |
| Annexe A - Liste des intervenant-es | 29 |
| Annexe B - La vulnérabilité au VIH, du cellulaire au sociétal | 30 |
| Annexe C - Conseils pour l'adoption et la mise en œuvre | 31 |

Introduction

Les forces policières sont dotées d'un énorme pouvoir sur plusieurs communautés marginalisées et criminalisées qui sont également affectées de manière disproportionnée par le VIH et/ou le virus de l'hépatite C (VHC). Les mouvements actuels pour revoir et réduire le rôle de la police et pour réinvestir dans des initiatives dirigées par la communauté sont impératifs afin de favoriser la santé publique et de respecter les droits de la personne. En parallèle, en offrant des connaissances aux autorités d'application de la loi, sur le VIH, le VHC, les droits de la personne et la réduction des méfaits, nous pouvons établir un « cadre plus habilitant » et contribuer à atténuer des préjugés.

Il est reconnu qu'il faut doter la police de meilleures connaissances – et de la capacité d'appliquer ces connaissances dans ses pratiques d'application de la loi – afin de promouvoir l'accès aux services sociaux, de santé et de soutien en matière de VIH et/ou de VHC pour d'autres questions de santé, en particulier pour ce qui concerne les *populations prioritaires*.¹ En réponse, le Réseau juridique VIH s'est lancé dans un projet communautaire en plusieurs étapes afin d'élaborer un manuel de formation pour améliorer la santé et la sécurité des personnes vivant avec le VIH et/ou le VHC et affectées par ceux-ci au Canada. Ce projet a comporté deux séries de recherches et d'analyses documentaires ainsi que la participation d'intervenantes et de la communauté et de la police.²

Le présent manuel de formation est fondé sur les preuves scientifiques actuelles et les pratiques exemplaires en ce qui concerne l'éducation des policiers et la formation en matière de santé et de sécurité liées au VIH et au VHC. Il est destiné à être utilisé par les services de police afin de les aider à remplir leurs obligations professionnelles de fournir des services plus sûrs aux personnes vivant avec le VIH et/ou le VHC et affectées par ceux-ci.

Le document comprend deux sections. La première section, **Le VIH, le VHC et la santé et la sécurité au travail**, présente un aperçu général des épidémies de VIH et de VHC au Canada et souligne comment la police peut gérer les préoccupations de sécurité au travail aux premières lignes de la prestation de services. La deuxième section, **Les droits de la personne, la santé publique et le rôle de la police**, explore comment la police peut appuyer les efforts de prévention du VIH et du VHC de façons qui réduisent la stigmatisation, promeuvent la santé et respectent les droits de la personne des populations prioritaires. Chaque section énonce des objectifs d'apprentissage qui soulignent les principaux points à retenir pour les lecteurs et lectrices. Des diagrammes et d'autres documents universitaires ou de la littérature grise pertinents sont également inclus et cités lorsque nécessaire. Ce document sert de base à une formation interactive, dont les instructions figurent à l'Annexe C, *Conseils pour l'adoption et la mise en œuvre*.

Glossaire

ADD – Médicaments antirétroviraux à action directe utilisés pour traiter l'infection à VHC

ARV – Médicaments antirétroviraux utilisés pour traiter l'infection à VIH.

BPA – Blessure par piqûre d'aiguille, ce qui constitue une source possible d'exposition professionnelle au VIH ou au VHC.

Charge virale – La quantité de VIH présente dans le sang.

Compte de CD4 – Le nombre de cellules immunitaires de type CD4 présent dans le sang.

Déterminants sociaux de la santé – Facteurs socioéconomiques qui influencent la santé individuelle. Certains des déterminants sociaux de la santé peuvent affecter la vulnérabilité au VIH et au VHC chez un individu ou dans une communauté.

Populations prioritaires – Les groupes qui sont affectés de manière disproportionnée par le VIH et/ou le VHC. Au Canada, selon la définition de l'Agence de la santé publique du Canada, ces groupes comprennent les hommes gais, bisexuels et autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes; les personnes qui consomment des drogues; les peuples autochtones; les personnes issues de communautés ethnoculturelles (en particulier celles correspondant à des pays où la prévalence du VIH ou du VHC est élevée, y compris les immigrant-es, les migrant-es et les réfugié-es); les travailleuse(-eur)s du sexe; les personnes en établissement correctionnel ou qui viennent d'en sortir; les personnes transgenres; les personnes vivant avec le VIH et/ou le VHC et des affections connexes; ainsi que les femmes et les jeunes de ces populations.

PPE – Prophylaxie post-exposition, un régime médicamenteux d'urgence à amorcer dans les 72 heures suivant une exposition au VIH afin de prévenir l'infection chez la personne exposée.

PrEP – Prophylaxie pré-exposition, un régime médicamenteux sur ordonnance pris quotidiennement par des personnes pour réduire leur risque de contracter l'infection à VIH si elles y sont exposées.

Sida – Syndrome d'immunodéficience acquise.

Stigmatisation du VIH – Pensées, attitudes et/ou croyances négatives à propos des personnes vivant avec le VIH ou affectées par celui-ci.

VHC – Virus de l'hépatite C.

VHC – Virus de l'immunodéficience humaine.

Vulnérabilité au VIH – La configuration particulière de facteurs (cellulaires, psychologiques, comportementaux, sociaux, structurels) qui influencent le degré de risque d'infection par le VIH, chez un individu ou dans une communauté ou une population prioritaire.

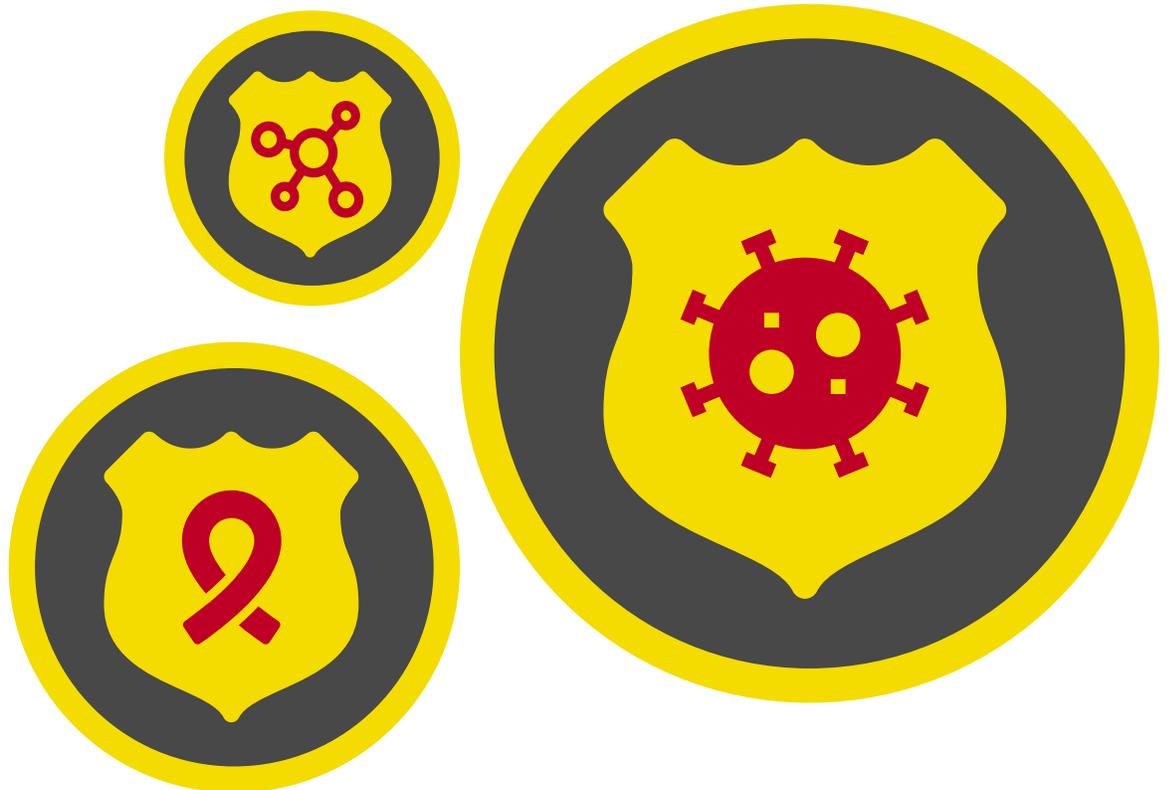
Section I : Le VIH, le VHC et la santé et la sécurité au travail

Objectifs d'apprentissage :

1. Expliquer les aspects fondamentaux de la biologie et de la virologie du VIH et du VHC, y compris en ce qui concerne la transmission, les symptômes, la progression ainsi que la différence entre le VIH et le sida.
2. Examiner l'épidémiologie actuelle du VIH et du VHC au Canada, y compris leurs impacts sur les populations prioritaires.
 - Identifier les peuples autochtones en tant que population prioritaire affectée par le colonialisme.
3. Examiner l'information à jour sur les traitements et la prévention, y compris les thérapies antirétrovirales (ARV), les antiviraux à action directe (AAD), la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et la prophylaxie post-exposition (PPE).
4. Mettre en relief les diverses voies de transmission du VIH et du VHC, en insistant sur celles que les agent-es de police pourraient rencontrer dans le cadre de leur travail.
5. Identifier les précautions universelles qui peuvent prévenir les infections.
6. Examiner les protocoles post-exposition et les procédures de suivi appropriées.

ABC de la biologie du VIH

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) affaiblit le système immunitaire de l'organisme, notre défense naturelle contre les infections. Une fois dans l'organisme, le VIH s'attache aux cellules CD4, des globules blancs qui jouent un rôle central dans notre réponse immunitaire, et il les détruit.³ Au fur et à mesure que l'infection se propage, la quantité de virus présente dans le sang (ou « charge virale ») augmente et le nombre de cellules CD4 (ou « compte de CD4 ») diminue. Lorsque le nombre de CD4 d'une personne diminue, la capacité de son organisme à reconnaître les infections et d'autres maladies, et à se défendre contre elles, est affaiblie.⁴



Progression et symptômes du VIH

La progression naturelle de l'infection à VIH peut être décrite en trois stades; chacun se caractérise par divers indicateurs cliniques et divers symptômes.

Stade 1 - Infection aiguë à VIH :

Il s'agit du stade de début de l'infection, qui survient généralement dans les 2 à 4 semaines suivant le contact initial avec le VIH. Pendant cette phase, le VIH se multiplie rapidement et se propage dans tout l'organisme. La charge virale d'une personne a tendance à être très élevée pendant l'infection aiguë, ce qui augmente le risque de transmission du VIH.⁵

Certaines personnes signalent des symptômes semblables à ceux de la grippe, à ce stade, comme de la fièvre, des éruptions cutanées, des frissons, des maux de tête ou des maux de gorge. Ces symptômes courants peuvent conduire des gens à confondre l'infection aiguë à VIH avec une autre maladie et à retarder leur dépistage du VIH. En outre, certaines technologies standard de dépistage du VIH ne détectent pas nécessairement le virus pendant l'infection aiguë. En effet, certaines technologies cherchent plutôt la présence d'anticorps anti-VIH, dont la production par l'organisme peut prendre plusieurs semaines. Cependant, il existe d'autres technologies de dépistage qui testent le virus lui-même (et non les anticorps) et peuvent donc détecter le VIH à ce stade. Toute personne ayant été exposée au VIH et présentant des symptômes d'infection aiguë devrait se faire dépister immédiatement.⁶

Stade 2 - Infection chronique à VIH :

Ce deuxième stade constitue la phase intermédiaire de l'infection à VIH, entre l'infection aiguë et l'apparition du sida. Au cours de l'infection chronique, le VIH continue à se multiplier, mais à un rythme plus lent que lors de l'infection aiguë. La durée de cette phase dépend en grande partie de la capacité d'une personne à accéder à un traitement et à le poursuivre. Sans traitement, le nombre de cellules CD4 continuera à diminuer, le système immunitaire s'affaiblira et la situation évoluera progressivement vers l'apparition du sida. Avec un traitement, cependant, les personnes vivant avec le VIH peuvent rester au stade chronique pendant des décennies et mener une vie saine.⁷

Les personnes atteintes d'un VIH chronique peuvent ne présenter aucun symptôme associé. Cependant, comme nous l'expliquons plus loin, elles peuvent toujours transmettre le VIH à d'autres personnes.

Stade 3 - Sida :

Le sida est le stade final et le plus grave de l'infection à VIH. Le sida n'est pas une maladie distincte avec ses propres symptômes, mais plutôt un terme qui décrit une ou plusieurs maladies (y compris les infections opportunistes et les cancers associés à l'infection) qui surviennent chez une personne au système immunitaire gravement compromis par le VIH pendant une longue période.⁸

Sans traitement, le VIH continuera à diminuer le fonctionnement du système immunitaire de l'organisme jusqu'au point où le corps de la personne ne pourra plus se défendre contre les infections opportunistes. Les infections opportunistes sont des infections qui « profitent » de l'incapacité du système immunitaire pour s'implanter dans l'organisme et se propager.⁹ Parmi les infections opportunistes les plus courantes associées au sida figurent la méningite à cryptocoque, la pneumonie, la tuberculose et certains cancers liés à l'infection à VIH.¹⁰

Une personne vivant avec le VIH ne reçoit un diagnostic de sida que si elle répond à un certain nombre de critères cliniques (c'est-à-dire si elle développe une ou plusieurs infections opportunistes ou si son taux de cellules CD4 est inférieur à 200 cellules par mm³ de sang). Les personnes chez qui le sida a été diagnostiqué peuvent présenter un certain nombre de symptômes, notamment une perte de poids rapide, une fièvre persistante, diverses plaies et lésions cutanées et des troubles neurocognitifs. Bon nombre de ces symptômes sont le résultat d'infections opportunistes concomitantes.¹¹



La différence entre le VIH et le sida

Historiquement, l'infection à VIH et le sida ont été confondus à tort dans les médias et dans les conversations courantes. L'utilisation interchangeable des termes « VIH » et « sida » pour décrire des conditions totalement différentes est non seulement erronée, mais a également contribué à une lourde stigmatisation des personnes et des communautés vivant avec le VIH ou affectées par celui-ci.

Pour être clair : le VIH et le sida, bien que reliés, sont des maladies différentes. Si l'infection à VIH n'est pas traitée, elle peut se transformer en sida. Cependant, avec l'accessibilité croissante de traitements efficaces dans de nombreuses régions du Canada, il est peu probable qu'une personne diagnostiquée d'une infection à VIH (c.-à-d. une personne « séropositive ») reste non traitée pendant si longtemps qu'elle développe le sida. En fait, au Canada, des données récentes indiquent que 85 % des personnes diagnostiquées d'une infection à VIH sont sous traitement.¹² Par conséquent, dans la plupart des cas, il sera incorrect de dire d'une personne vivant avec le VIH qu'elle a le sida. De plus, ce n'est jamais le sida qui est transmis, mais le VIH. **Bref**, il est rarement exact ou approprié, voire jamais, d'utiliser le terme « sida » pour décrire l'affection d'une personne qui vit avec le VIH. Cela peut renforcer la désinformation, la panique morale et la stigmatisation nuisible qui entravent les efforts de prévention du VIH.

La transmission du VIH

Le VIH se transmet par le sang, le liquide préséminal (pré-éjaculatoire), le sperme, le lait maternel, les liquides vaginaux et les liquides rectaux. Ces fluides doivent s'immiscer directement dans le sang ou entrer en contact avec une muqueuse ou un tissu endommagé, pour que la transmission ait lieu. Les muqueuses dans lesquelles le VIH peut pénétrer se trouvent à l'intérieur du rectum, du vagin, du pénis et de la bouche.¹³

Au Canada, le VIH se transmet principalement par contact sexuel non protégé (soit vaginal, soit anal) entre une personne qui a l'infection à VIH et une personne qui ne l'a pas.¹⁵ Le risque de transmission du VIH par les relations sexuelles orales oscille entre négligeable et nul. Il n'y a aucune possibilité de transmission du VIH lors du sexe oral pratiqué sur une personne vivant avec le VIH qui a une faible charge virale, ou lorsqu'un condom est utilisé ou si le partenaire séronégatif est sous PrEP (plus d'informations sur la PrEP sont fournies plus loin).¹⁶

Le partage de matériel d'injection usagé (aiguilles, seringues ou autres types de matériel d'injection) explique la quasi-totalité des cas de transmission du VIH par voie non sexuelle. En 2018, on estime que 13,9 % des nouveaux cas de VIH au Canada étaient liés à la consommation de drogues par injection.¹⁷ Bien que cela soit de plus en plus rare au Canada, il est également possible que le VIH se transmette d'un parent biologique au fœtus pendant la grossesse, ou au nouveau-né lors de la naissance ou par l'allaitement au sein ou à la poitrine.¹⁸

D'autres voies de transmission extrêmement rares sont l'injection ou la transfusion de sang ou de produits sanguins, les dons de sperme, et les greffes de peau ou d'organes.¹⁹ Bien qu'extrêmement rare, il est également possible que des personnes soient exposées au VIH dans le cadre de leur travail, par exemple dans des hôpitaux ou aux premières lignes du maintien de l'ordre. Ces cas seront abordés plus en détail ultérieurement.

De nombreux mythes entourent le risque et la transmission du VIH. Il est important de savoir comment gérer son propre risque, mais il est tout aussi important de rectifier les informations erronées qui contribuent à la stigmatisation du VIH. Vous trouverez ci-dessous quelques idées fausses répandues sur le risque lié au VIH et la transmission de l'infection :²⁰

- Le VIH **ne peut pas** être transmis par des liquides corporels autres que ceux déjà mentionnés. Ceci signifie que le contact avec de la salive, des larmes, de la sueur, de l'urine, des excréments ou des vomissures **n'est pas** une voie de transmission du VIH.
- Le VIH **ne peut pas** être transmis par des contacts sociaux. Ceci signifie que vous ne **pouvez pas** contracter le VIH en donnant une poignée de main ou lors d'un contact main contre main (*high-five*), ni lors d'un câlin ou d'un baiser à une personne qui vit avec le VIH.
- Le VIH ne se transmet **pas** de la même façon qu'un rhume ou une grippe. Ceci signifie que vous **ne pouvez pas** contracter le VIH à cause de la toux ou de l'éternuement d'une personne tout près de vous.
- Vous **ne pouvez pas** contracter le VIH en partageant des ustensiles ou un siège de toilette.
- Le VIH **ne peut pas** être porté et transmis par des insectes comme les moustiques ou les tiques.

Le traitement du VIH

À l'heure actuelle, il n'existe aucun remède connu contre le VIH. Cependant, les personnes vivant avec le VIH peuvent prendre des médicaments antirétroviraux (ARV), qui inhibent la capacité du VIH à se répliquer dans l'organisme. Cela permet de réduire la charge virale d'une personne, de donner à son système immunitaire la possibilité de se rétablir et d'augmenter son taux de CD4. Bien que le VIH demeure présent dans l'organisme, les personnes sous ARV peuvent rétablir leur fonction immunitaire.²¹

Il existe de nombreuses classes différentes d'ARV qui interfèrent avec la réplication du VIH de différentes manières et à différents stades du cycle de vie du virus. Pour augmenter la protection, une personne vivant avec le VIH prend généralement plusieurs ARV de différentes classes en même temps.²²

Les ARV permettent non seulement de réduire la quantité de VIH dans l'organisme, mais aussi de diminuer le risque de transmission du virus. Une personne vivant avec le VIH qui suit son traitement pendant une période prolongée peut supprimer sa charge virale à un tel point (c.-à-d. moins de 40-50 copies du virus par ml de sang) que le VIH devient « indétectable » dans son sang.²³ Le terme « indétectable » signifie que la charge virale est si faible que le VIH ne peut être détecté par les tests standard. Une personne dont la charge virale est indétectable est effectivement incapable de transmettre le virus à d'autres personnes – une découverte scientifique qui a donné naissance au mouvement populaire « indétectable = intransmissible » (I=I). I=I gagne de plus en plus d'attention dans le monde entier et a été officiellement approuvé par la ministre de la Santé et l'administratrice en chef de la santé publique du Canada lors de la Journée mondiale du sida de 2018.²⁴



En juillet 2018, vingt des plus éminent-es scientifiques du monde spécialisé-es en VIH ont publié un document examiné par des pair-es, intitulé [Déclaration de consensus d'experts sur la connaissance scientifique relative au VIH dans le contexte du droit pénal](#) – une déclaration qu'ont approuvée plus de 70 éminent-es scientifiques de 26 pays, dont le Canada, ainsi que la Société internationale du sida (IAS), l'International Association of Providers of AIDS Care (IAPAC) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).²⁵ Leur consensus concernait le fait que, dans la plupart des cas, la possibilité de transmission du VIH par acte est faible, voire nulle. En cas de charge virale supprimée (c'est-à-dire moins de 200 copies par ml de sang), la possibilité de transmission est nulle.

ABC de la biologie du VHC

Le terme « hépatite » fait référence à une inflammation du foie, qui peut être causée par un certain nombre de facteurs, notamment une forte consommation d'alcool, certains médicaments et des toxines environnementales. Les hépatites A, B et C sont des types spécifiques d'infection du foie causés par trois virus différents.²⁶

L'hépatite C est une infection du foie causée par le virus de l'hépatite C (VHC). Le VHC cible principalement les cellules du foie appelées **hépatocytes**.²⁷

Progression et symptômes du VHC

La progression de l'infection à VHC peut se diviser en deux stades qui varient en durée et en sévérité :

Infection aiguë à VHC : Ce stade se produit entre deux semaines et six mois après l'exposition au VHC. Pendant la phase aiguë, la grande majorité des personnes ne présentent aucun symptôme. Celles qui ont des symptômes peuvent signaler de la fièvre, de la fatigue, des nausées, des urines foncées, des douleurs articulaires ou une jaunisse. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), pour environ 30 % des personnes atteintes d'infection aiguë à VHC, il s'agit d'une maladie légère et de courte durée qui disparaît d'elle-même. Pour les autres personnes infectées, le VHC peut passer au stade chronique.²⁸

Infection chronique à VHC : L'infection chronique à VHC est une maladie qui dure toute la vie. Au fur et à mesure qu'elle progresse, le virus tue progressivement un plus grand nombre d'hépatocytes et les remplace par du tissu cicatriciel, un processus appelé « fibrose ». ²⁹ Sans traitement, le VHC chronique peut entraîner de graves problèmes de santé, notamment une infection chronique du foie, une cirrhose (cicatrisation du foie), un cancer du foie et la mort. Chez les personnes atteintes d'une infection chronique à VHC, le risque de cirrhose se situe entre 15 et 30 % et se développe généralement dans les 20 ans suivant l'infection.³⁰

La transmission du VHC

Le VHC est un virus à transmission hématogène, ce qui signifie qu'il se transmet lorsque le sang d'une personne qui a l'infection à VHC entre en contact avec le sang d'une autre personne. Le plus souvent, le VHC se transmet par le partage de matériel d'injection (aiguilles, seringues, autres types de matériel d'injection).³¹

Plus rarement, le VHC est transmis par transfusion de sang ou de produits sanguins non testés, le partage de matériel de tatouage et/ou de perçage corporel [*piercing*], des pratiques sexuelles qui augmentent l'exposition au sang, ou encore de parent à enfant pendant l'accouchement, ou lors d'expositions professionnelles (voir ci-dessous).

Comme dans le cas du VIH, il existe de nombreuses informations erronées sur le mode de transmission du VHC. Nous abordons ci-dessous quelques idées fausses répandues, concernant le risque lié au VHC et la transmission de l'infection :³²

- Le VHC n'est **pas** transmis par des contacts sociaux comme les poignées de main, les câlins ou les baisers.
- Le VHC n'est **pas** transmis par le lait humain.
- Le VHC ne se transmet **pas** de la même façon qu'un rhume ou une grippe. Ceci signifie que vous **ne pouvez pas** contracter le VHC à cause de la toux ou de l'éternuement d'une personne tout près de vous.
- Le VHC n'est **pas** présent dans la nourriture ou l'eau.
- Vous **ne pouvez pas** contracter le VHC en partageant des ustensiles ou un siège de toilette.
- Le VHC n'est **pas** transmis par des insectes comme les moustiques ou les tiques.
- Le VHC n'est **pas** transmis par contact entre une peau saine et des liquides corporels comme la salive, l'urine, les excréments ou les vomissures.

Le traitement du VHC

N'oubliez pas que pour certaines personnes, le VHC ne nécessite jamais de traitement et disparaît de lui-même avant d'atteindre le stade chronique. Les personnes dont le test de dépistage du VHC aigu est positif devraient consulter un médecin pour connaître les options de traitement.

Lorsque l'infection passe au stade chronique, un traitement est nécessaire. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande actuellement un traitement par antiviraux à action directe (AAD) pour combattre le VHC chronique. Comme le traitement du VIH, cette classe de médicaments oraux combat le VHC en interférant avec le cycle de vie viral et en empêchant la propagation de l'infection. Toutefois, contrairement aux médicaments contre le VIH, les AAD peuvent guérir complètement la plupart des personnes atteintes du VHC grâce à un cycle de traitement relativement court (entre 8 et 12 semaines, selon la sévérité de l'infection).³³ Cependant, pour les personnes qui développent une cirrhose, il existe un risque continu de cancer du foie, même après un traitement anti-VHC réussi. Les personnes vivant avec l'infection chronique à VHC ou atteintes d'une cirrhose devraient rester en contact avec un médecin pour surveiller et maintenir la santé de leur foie.

Ce que cela signifie pour les agent-es de police : La connaissance du VIH et du VHC peut contribuer à améliorer la sécurité professionnelle lors de la prestation de services de première ligne. Elle peut également empêcher les policier(-ière)s de contribuer à la propagation de la désinformation et de la stigmatisation du VIH et du VHC par leur pratique professionnelle. Lors de l'interaction avec des personnes vivant avec le VIH et/ou le VHC, il est important de se rappeler ce que l'on sait sur le risque, la transmission et la stigmatisation – et d'agir en conséquence.

La prévention du VIH et du VHC

Une grande partie de la prévention du VIH et du VHC se fait à l'échelon individuel. L'utilisation d'un condom et de matériel d'injection stérile réduit la propagation du VIH et du VHC. Les politiques et les programmes de santé publique qui favorisent l'accès aux ressources de prévention essentielles et qui éduquent les individus sur la prévention du VIH et du VHC sont tout aussi importants.

Outre ces stratégies, il existe deux importants traitements prophylactiques (c.-à-d. préventifs) que l'on peut prendre pour se protéger contre l'infection par le VIH.

(1) Prophylaxie pré-exposition (PrEP) :

La PrEP est une médication orale à prendre tous les jours *avant* une exposition au VIH. La PrEP contient deux médicaments spécifiques normalement présents dans les ARV qui aident à contrôler l'infection par le VIH. Lorsqu'une personne qui prend la PrEP est exposée au VIH, les médicaments combattent le virus et l'empêchent de causer une infection permanente.

Si elle est prise quotidiennement, la PrEP réduit d'environ 99 % le risque de contracter l'infection à VIH.³⁴

(2) Prophylaxie post-exposition (PPE) :

La PPE est un traitement ARV pris immédiatement après une exposition au VIH. La PPE est principalement utilisée dans des scénarios d'urgence et doit être amorcée dans les 72 heures suivant l'exposition initiale au VIH.³⁵ Pendant cette période de 72 heures, le temps revêt une importance cruciale. En cas d'exposition, une personne devrait se rendre dans un service des urgences. Plus tôt elle commencera la PPE, plus efficace sera le traitement pour prévenir la transmission.

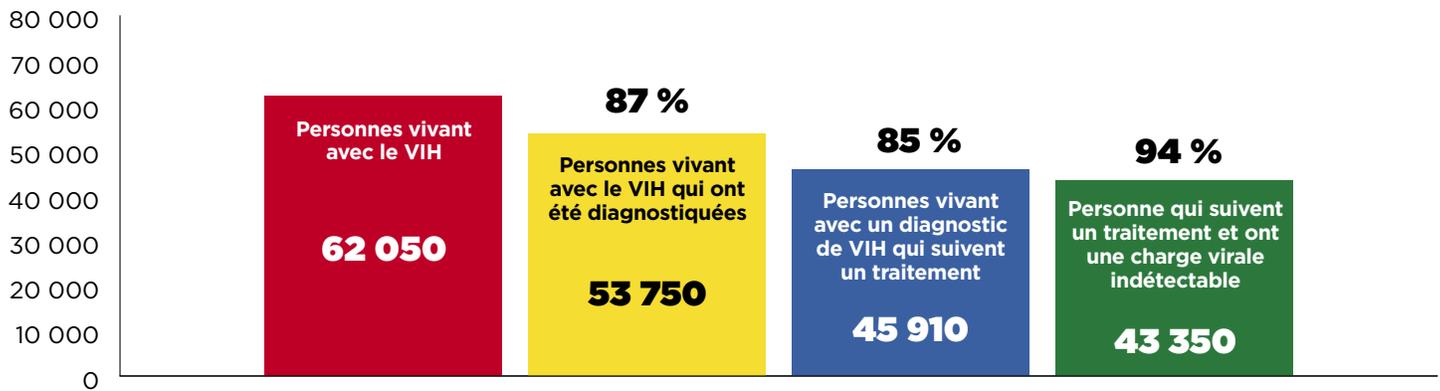
Qu'en est-il de la prévention du VHC?

Contrairement aux hépatites A et B, il n'existe pas de vaccin efficace contre le VHC, ni d'interventions prophylactiques comme la PrEP et la PPE qui sont utilisées contre le VIH.³⁶

Épidémiologie du VIH au Canada

Selon les statistiques les plus récentes publiées par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), on estimait à 62 050 le nombre de personnes vivant avec le VIH au Canada à la fin de 2018.³⁷ Grâce aux progrès réalisés en matière d'accessibilité et d'efficacité des traitements contre le VIH, d'énormes progrès ont été réalisés dans la réponse à l'épidémie et pour augmenter le nombre de personnes vivant avec le VIH qui sont diagnostiquées et traitées, et qui ont une charge virale supprimée (voir le graphique ci-dessous).

Nombre et pourcentage estimés de personnes vivant avec le VIH, ayant reçu un diagnostic, suivant un traitement et ayant des niveaux indétectables du virus au Canada à la fin de 2018 (les barres verticales représentant les fourchettes plausibles).



Épidémiologie du VHC au Canada

Les données de surveillance du VHC au Canada sont moins solides. En 2018, l'ASPC estimait le taux d'infection à VHC à 33,6 cas par 100 000 personnes.³⁸ Les données de 2017 indiquaient que 317 100 personnes au Canada avaient déjà eu l'hépatite C; de ce nombre, 194 500 vivaient avec l'infection chronique à VHC.³⁹

Épidémiologie du VIH et du VHC et populations prioritaires

Malgré les progrès considérables réalisés en matière de dépistage, de traitement et de prévention, de nombreuses communautés au Canada sont encore confrontées à des risques disproportionnés liés au VIH et au VHC. Selon l'ASPC, ces populations prioritaires comprennent les hommes gais et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HRSH), les peuples autochtones,⁴⁰ les personnes qui consomment des drogues, les personnes transgenres, les personnes ayant une expérience en milieu carcéral, les personnes provenant de pays où le VIH, le VHB et le VHC sont endémiques et les travailleuse(-eur)s du sexe.⁴¹

Mais que signifie un « risque disproportionné » pour le VIH ou le VHC?

L'ASPC a estimé qu'en 2018, il y avait eu 2 242 nouveaux cas de VIH au Canada, dont un peu moins de la moitié (**49,5 %**) était rapportée dans le groupe des hommes gais, bisexuels et autres HRSH, alors que ce groupe ne constitue qu'entre 3 % et 4 % de la population masculine adulte.⁴² Les peuples autochtones demeurent aussi surreprésentés dans l'épidémie du VIH au

Canada. On estime que **14 %** du nombre total de cas de VIH recensés en 2018 se trouvaient dans les peuples autochtones, alors que ce groupe représente 4,9 % de la population canadienne totale.⁴³ Les peuples autochtones sont également représentés de façon disproportionnée dans les prisons provinciales, territoriales et fédérales, au Canada, où l'accès inadéquat aux mesures de réduction des méfaits augmente le risque d'infection.

Les femmes autochtones du Canada sont particulièrement touchées par le VIH : en 2016, elles représentaient **36,2 %** du nombre total de cas de VIH parmi les femmes. Les mêmes données indiquent que les femmes autochtones représentaient **42 %** du nombre total de nouveaux cas parmi les peuples autochtones, alors que les femmes en général représentaient **23,3 %** du total des nouveaux cas;⁴⁴ cela résulte de la nature intersectionnelle de l'oppression colonialiste (que nous abordons plus loin dans le document).

En 2018, **43 %** des détenu-es purgeant une peine fédérale et vivant avec le VIH étaient d'ascendance autochtone; et la prévalence du VIH était plus élevée parmi les personnes d'ascendance autochtone que parmi les personnes sans ascendance autochtone (1,48 % contre 0,82 %).⁴⁵

En 2011, on estimait que **66 %** des personnes s'injectant des drogues étaient positives au dépistage d'anticorps contre le VHC. La même étude indiquait que **24 %** des détenu-es purgeant une peine provinciale étaient aussi positifs pour ces anticorps.⁴⁶ Ces chiffres sont élevés en comparaison avec une prévalence pancanadienne de seulement 0,64 %. Par ailleurs, en 2018, **13,9 %** du nombre estimé de nouvelles infections à VIH se trouvaient parmi les personnes s'injectant des drogues.⁴⁷

Pourquoi les populations prioritaires représentent-elles une si forte proportion des cas de VIH et de VHC? Il n'est pas facile de répondre à cette question, qui sera abordée plus en détail dans la section II. Pour l'instant, mentionnons que le VIH et le VHC sont des affections « multifactorielles », ce qui signifie que de nombreux facteurs différents sont à prendre en compte lorsqu'on examine le VIH ou le VHC dans certaines communautés ou populations prioritaires. Tout au long de ce manuel, une attention particulière est accordée au VIH dans les communautés autochtones, notamment en raison de l'héritage du colonialisme canadien.

Réflexion : Comment expliquer que les peuples autochtones sont affectés de façon disproportionnée par le VIH? Quelle influence des initiatives coloniales comme la dépossession des terres autochtones, le système des pensionnats⁴⁸ et la rafle des années 60⁴⁹ ont-elles sur le risque accru de VIH?

L'exposition au VIH et au VHC et la sécurité au travail

Bien qu'il existe un certain risque de contracter le VIH ou le VHC en contexte de travail, la transmission professionnelle est extrêmement rare. Les emplois où le degré d'exposition est le plus élevé se trouvent dans les établissements de santé.⁵⁰ Les policier(-ière)s qui travaillent en première ligne peuvent quand même être exposé-es au risque de contact avec du sang ou d'autres liquides corporels. Toutefois, il n'existe **aucune preuve de transmission** du VIH à un-e agent-e de police au Canada dans le cadre de son travail.



Voici quelques-uns des exemples les plus fréquemment cités d'exposition professionnelle potentielle de policier(-ière)s au VIH et au VHC :

- (1) Blessure par piqûre d'aiguille (BPA) :** C'est l'une des préoccupations les plus courantes des policiers qui s'inquiètent du risque de contracter le VIH ou le VHC au travail. Il est possible qu'une personne contracte le VIH ou le VHC si sa peau est perforée par une aiguille récemment utilisée par une personne séropositive, mais les taux réels de transmission sont extrêmement faibles.⁵¹ Tout d'abord, le VIH est un virus très fragile. Excessivement sensible à la température et à l'humidité, il est pratiquement incapable de survivre ou de se répliquer en dehors du corps. Cela signifie que le sang séché sur une aiguille jetée a peu de chances de présenter un risque de transmission du VIH.⁵² Le VHC peut vivre plus longtemps hors du corps et présente donc un risque plus important. Deuxièmement, bien qu'une aiguille récemment utilisée et conservée sur une personne puisse percer la peau d'un-e agent-e lors d'une fouille corporelle, des précautions peuvent être prises pour contrer ce risque. En outre, des études ont démontré que le risque moyen d'infection par le VIH après une BPA est d'environ 0,3 % (soit 1 cas sur 300).⁵³ Le risque moyen d'infection par le VHC après une BPA est d'environ 1,8 %.⁵⁴ Toutefois, les BPA peuvent comporter un risque d'autres infections transmissibles par le sang, comme l'hépatite B. Il est donc toujours bon de consulter un médecin immédiatement après une BPA.
- (2) Morsure :** La probabilité de transmission du VIH par une morsure lorsque la personne vivant avec le VIH a une quantité importante de sang dans sa salive *et* que son sang entre en contact avec une muqueuse ou une plaie ouverte *et* que sa charge virale n'est pas supprimée varie de négligeable à nulle.⁵⁵ Dans tous les cas, si une personne est mordue au travail, et surtout si la morsure fait couler du sang, elle devrait consulter un médecin.
- (3) Contact de sang avec la bouche ou les yeux :** Il est hypothétiquement possible que le VIH ou le VHC pénètre les membranes muqueuses de la bouche ou des yeux et entraîne l'infection. Un contact entre ces membranes et du sang contenant le VIH ou le VHC peut se produire lors d'une altercation physique agitée ou si un agent donne une réanimation par bouche-à-bouche à une personne vivant avec le VIH ou le VHC. Une évaluation du risque médical devrait être demandée après un tel incident mais, en moyenne, le risque de contracter le VIH après une exposition des yeux ou de la bouche est estimé à 0,1 % (ou 1 cas sur 1000). Le risque de contracter le VHC est inconnu, mais on croit également qu'il est très faible.⁵⁶

Réduction des risques au travail

À la suite de l'un des scénarios décrits ci-dessus (BPA, morsure, sang dans les yeux ou la bouche), il est conseillé de consulter un médecin, mais principalement pour d'autres risques de santé ou infections possibles et beaucoup plus susceptibles de se produire que la transmission du VIH ou du VHC.⁵⁷ Les protocoles post-exposition et le choix d'administrer une PPE en cas d'exposition professionnelle au VIH ou au VHC sont plutôt rares. Ces décisions sont prises au cas par cas et devraient être liées à une évaluation par un-e professionnel-le de la santé.⁵⁸

De plus, les agent-es qui travaillent en première ligne devraient connaître et appliquer les précautions universelles qui peuvent prévenir les infections :⁵⁹

- On devrait toujours porter des gants sur les lieux d'un crime et lors des fouilles corporelles.
- Toute coupure ou plaie ouverte, sur le corps d'un-e agent-e, devrait être recouverte de bandages imperméables afin d'éviter l'entrée potentielle de pathogènes.
- Des dispositifs de protection à usage unique devraient toujours être utilisés pour la réanimation par bouche-à-bouche.
- D'autres équipements de protection individuelle, tels que des lunettes ou des masques étanches, doivent être fournis, mis à la disposition des agent-es et portés sur les lieux et dans les situations où cela est approprié (p. ex., lors de contacts avec des personnes dont le comportement peut être imprévisible).
- Il convient également de respecter les bonnes pratiques d'hygiène (se laver régulièrement les mains, retirer le matériel souillé, maintenir la propreté des uniformes et des espaces de travail).

Ces précautions devraient être suivies, que les agent-es travaillent ou non avec une personne vivant avec le VIH ou le VHC. **Souvenez-vous** qu'il n'est **pas nécessaire de prendre des mesures de précaution supplémentaires** lorsque vous travaillez avec une personne que vous soupçonnez de vivre avec le VIH ou le VHC.⁶⁰ Des précautions additionnelles superflues risquent de contribuer à répandre des informations erronées sur les risques et à accroître la stigmatisation.

La source la plus importante de risque d'infection par le VIH ou le VHC qu'un-e agent-e est susceptible de rencontrer au travail est la BPA. Pour éviter ce risque, les agent-es doivent s'engager à rechercher, manipuler et éliminer les aiguilles et les seringues en toute sécurité, dans le cadre de la sécurité du travail. [L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime a établi un modèle en trois étapes de pratiques exemplaires pour que les agent-es réduisent leur risque pendant et après les fouilles corporelles.](#)⁶¹

Protocoles post-exposition

On ne saurait trop insister sur l'importance des précautions universelles telles que le port de gants, le lavage des mains et la manipulation soigneuse des objets tranchants. Cependant, malgré tous les efforts, des accidents se produisent parfois. Les protocoles post-exposition peuvent aider à réduire le mieux possible le risque d'infection après une exposition et à faire en sorte que les soins nécessaires soient prodigués le plus rapidement possible. Les protocoles post-exposition varient selon la nature de l'incident :⁶²

(1) Protocole à la suite d'une exposition à du sang ou à d'autres liquides corporels :

- Rincer à grande eau la région exposée.
- Laver la région exposée avec une quantité adéquate de savon ou d'un autre désinfectant.
- Signaler l'incident à l'instance compétente.
- Recourir immédiatement à des soins médicaux.
- Consigner un rapport d'incident conformément à la procédure pertinente.

(2) Protocole à la suite d'une BPA :

- Rincer à grande eau la région exposée.
- Laver la région exposée avec une quantité adéquate de savon ou d'un autre désinfectant.
- Ne **pas** forcer la blessure à saigner.
- Ne **pas** lécher ou sucer la blessure et ne pas placer la bouche sur celle-ci ou à proximité.
- Signaler l'incident à l'instance compétente.
- Recourir immédiatement à des soins médicaux.
- Consigner un rapport d'incident conformément à la procédure pertinente.

Dans un cas comme dans l'autre, selon la nature ou l'ampleur de l'exposition, une PPE et/ou un dépistage du VIH et/ou du VHC peuvent être souhaitables. En fin de compte, c'est à un professionnel-le de la santé de déterminer, au cas par cas, la marche à suivre. D'autres mesures peuvent être prises pour prévenir d'autres infections.

Il est toujours conseillé de se faire dépister pour le VIH et/ou le VHC si l'on s'inquiète d'un risque. Le dépistage peut être requis à la suite d'une possible exposition professionnelle, mais si désiré on peut l'obtenir également d'un-e prestataire de soins primaires ou dans une clinique locale de santé sexuelle. Les provinces et territoires du Canada ont mis en place des lignes d'information gratuites pour répondre aux questions sur le VIH et le sida.

Section II : Les droits de la personne, la santé publique et le rôle de la police

Objectifs d'apprentissage :

1. Explorer les façons par lesquelles le VIH et le VHC sont influencés par des déterminants sociaux de la santé qui sont plus généraux et interreliés.
 - Mettre en relief les impacts persistants de la colonisation sur le risque de VIH et/ou de VHC dans les communautés autochtones.
2. Définir les droits de la personne et identifier des lois spécifiques du Canada qui les affaiblissent et/ou qui créent des obstacles aux services sociaux, de santé ou de soutien en lien avec le VIH et/ou le VHC dans les populations prioritaires avec lesquelles la police pourrait être en contact.
3. Identifier le rôle de la police dans la réponse aux déterminants sociaux pertinents au VIH et/ou au VHC à l'aide de pratiques plus respectueuses de la santé et des droits de la personne des populations prioritaires; notamment :
 - Exercice de discrétion dans l'application afin de réduire l'impact négatif du contact avec la police.
 - Utiliser un langage et des pratiques appropriés et déstigmatisants lors des contacts avec des membres de populations prioritaires.
 - Veiller à la sécurité culturelle, en lien avec les communautés autochtones et autres populations prioritaires.

Le VIH, le VHC et les déterminants sociaux de la santé

Rappelons que certaines « populations prioritaires » (les hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui consomment des drogues, les peuples autochtones, les personnes de communautés ethnoculturelles, les travailleuse(-eur)s du sexe, les personnes vivant dans des établissements correctionnels ou récemment remises en liberté, les personnes transgenres, les personnes vivant avec le VIH et/ou le VHC et des affections connexes, ainsi que les femmes et les jeunes de ces populations) continuent de représenter une part disproportionnée des cas de VIH et/ou de VHC au Canada. Même avec les progrès des traitements, l'amélioration des connaissances scientifiques sur le risque et la transmission du VIH et l'avènement de médicaments préventifs comme la PrEP, les personnes des populations prioritaires font face à des contraintes structurelles beaucoup plus importantes qui augmentent leur risque de contracter une infection à VIH et/ou à VHC au cours de leur vie. Pourquoi en est-il ainsi?

Le VIH et le VHC sont des affections « multifactorielles », ce qui signifie qu'elles sont causées par une combinaison de divers facteurs. Le présent manuel met en lumière certains **facteurs communautaires et sociétaux/structurels** (pour une présentation plus détaillée de ces facteurs, voir l'annexe B). Certains de ces facteurs sont également appelés **déterminants sociaux de la santé**, car ils influencent de nombreuses autres affections en plus du VIH et du VHC.⁶³ Divers facteurs, à divers échelons – individuel, interpersonnel (entre personnes), communautaire et sociétal –, en interaction, déterminent la vulnérabilité au VIH. Nous utilisons l'expression « **vulnérabilité au VIH** » pour décrire la configuration particulière de facteurs de risque qui déterminent le risque d'infection par le VIH chez un individu ou dans une communauté ou une population prioritaire.

La stigmatisation du VIH

La stigmatisation liée au VIH fait référence aux attitudes et croyances négatives à l'égard des personnes qui vivent avec le VIH ou qui sont affectées par lui. La stigmatisation du VIH conduit souvent à la discrimination et à l'exclusion sociale ou à l'isolement. Ces facteurs peuvent conduire les personnes à éviter d'utiliser des services de dépistage, de prévention ou de traitement du VIH par crainte d'être jugées et mal traitées. Le fait de subir ou de craindre une discrimination fondée sur la stigmatisation du VIH est donc l'un des nombreux facteurs qui peuvent accroître la vulnérabilité d'une personne au VIH.

Des progrès ont beau avoir été réalisés dans la lutte contre la stigmatisation du VIH, il reste encore beaucoup de travail à faire. Les deux plus récentes enquêtes sur les attitudes en la matière,⁶⁴ commandées par l'Agence de la santé publique du Canada, ont révélé que :

- **15 %** des personnes, au Canada, ont peur de contracter le VIH lorsqu'elles sont à proximité d'une personne vivant avec le VIH;
- **24 %** des personnes, au Canada, seraient mal à l'aise de porter un chandail qu'une personne vivant avec le VIH aurait porté une fois;
- **51 %** des personnes, au Canada, seraient mal à l'aise si un membre de leur famille proche ou un-e ami-e avait des fréquentations amoureuses avec une personne qui vit avec le VIH;
- **22 %** des personnes, au Canada, seraient mal à l'aise à l'idée de magasiner dans une petite épicerie de quartier dont le ou la propriétaire serait une personne vivant avec le VIH;
- **40 %** des personnes, au Canada, n'utiliseraient pas les services d'un-e dentiste ou médecin vivant avec le VIH; 24 % n'utiliseraient pas les services d'un-e coiffeur(-euse) ou d'un barbier vivant avec le VIH;

- **66 %** des personnes, au Canada, ont des croyances légèrement discriminatoires à propos des personnes vivant avec le VIH; 19 % ont des croyances moyennement discriminatoires et 15 % ont des croyances fortement discriminatoires;
- **88 %** des personnes, au Canada, croient que les personnes vivant avec le VIH peuvent avoir de la difficulté à obtenir un logement, des soins de santé ou un emploi à cause de la stigmatisation associée au VIH.

Le VIH et les populations prioritaires au Canada

Lorsqu'on pense aux déterminants sociaux du VIH, l'esprit se tourne souvent vers des choses comme la pauvreté, le manque d'accès à l'éducation, à l'emploi et à la nourriture, le manque d'accès aux soins de santé (y compris la prévention, le dépistage et le traitement du VIH et du VHC ou les services de réduction des méfaits), le logement précaire ou inadéquat, les abus, les traumatismes, le manque de soutien social, le colonialisme, le racisme, le sexisme, l'homophobie et la transphobie, entre autres facteurs.⁶⁵ Ces déterminants sociaux peuvent influencer la capacité d'une personne à accéder ou non au dépistage et au traitement du VIH, ou à prendre des mesures pour prévenir la transmission du VIH (comme l'utilisation de condoms ou de matériel d'injection stérile). Les populations prioritaires sont profondément marquées par divers déterminants sociaux au cours de leur vie.

Mais qu'est-ce qui se cache derrière les déterminants sociaux? Quelles forces structurelles engendrent les conditions dans lesquelles les populations prioritaires sont confrontées à la pauvreté et au manque d'accès aux services de réduction des méfaits, aux autres services de santé, au logement ou à une alimentation nutritive?

Vous trouverez ci-dessous des témoignages de personnes qui font partie de populations prioritaires, décrivant les conditions qui entraînent une plus grande vulnérabilité au VIH et la façon dont les facteurs s'entrecroisent souvent de manière qui aggrave la vulnérabilité au VIH. Ces extraits sont tirés d'un certain nombre d'études qualitatives portant sur le « risque pour le VIH », dans l'espoir de mettre en évidence le fait que de nombreux déterminants sociaux influent sur la probabilité de contracter le VIH.

Déterminants sociaux affectant toutes les populations prioritaires

L'exclusion sociale et l'accès inadéquat aux soins de santé sont fréquemment signalés par toutes les populations prioritaires comme des déterminants majeurs de la vulnérabilité au VIH.

Exclusion sociale

De nombreuses personnes vivant avec le VIH et affectées par celui-ci sont confrontées à la stigmatisation et à l'exclusion sociale. Ces personnes déclarent souvent se sentir ostracisées

de la société ou être « traitées comme des déchets ». ⁶⁶ Elles peuvent également ressentir une stigmatisation et une honte intériorisées qui les dissuadent de rechercher un traitement médical approprié ou de révéler leur statut à leurs ami-es et à leur famille. L'exclusion sociale varie en fonction de la situation sociale d'une personne et peut se croiser avec d'autres déterminants sociaux de la santé tels que le genre, la race et d'autres statuts.

« Bien des personnes ne le disent même pas à leur famille, de peur d'être jugées. Donc ça peut décourager des personnes de dévoiler [leur statut] et d'utiliser du soutien approprié et de l'aide dont elles ont besoin. »⁶⁷

- Une personne vivant avec le VIH qui s'injecte des drogues

« Si je fais trois ou quatre sorties avec une femme, elle me pose la question suivante : "Pourquoi on utilise toujours un condom?", alors je lui explique et c'est "Byebye!" »⁶⁸

- Un homme vivant avec le VIH

« S'accepter, avec le VIH, c'est difficile. C'est vraiment difficile. C'est dur de vivre avec ça. Dur d'avoir une vie normale. »⁶⁹

- Une femme trans vivant avec le VIH

« Je crois que s'il y a plus d'éducation, la discrimination va reculer un peu, parce que les gens auront une meilleure compréhension de ce que ces personnes traversent. »⁷⁰

- Une travailleuse du sexe

Accès aux soins de santé

Les personnes de populations prioritaires sont souvent confrontées à des obstacles à l'accès aux soins de santé. Pour les personnes qui recherchent des ressources de prévention du VIH ou du VHC, un accès inadéquat aux soins de santé augmente le risque d'infection par le VIH et le VHC. Pour les personnes vivant avec le VIH, les préjugés dans le système de santé peuvent constituer un obstacle majeur à l'accès à des soins et à leur maintien.

De nombreux exemples au Canada démontrent les conséquences mortelles du racisme anti-autochtone et anti-noir dans le système de santé; de plus, les comportements racistes et discriminatoires peuvent être plus manifestes et extrêmes lorsqu'une personne vit avec le VIH.

Les personnes LGBTQ2S peuvent être confrontées à des violences homophobes et transphobes, qui peuvent constituer un obstacle à la recherche de soins de santé appropriés et les dissuader de révéler leur statut à leur famille et à leurs ami-es.

Les personnes incarcérées sont également confrontées à un risque beaucoup plus élevé d'infection par le VIH et le VHC en raison du manque d'accès, en prison, à du matériel d'injection stérile, à des condoms et à d'autres autres mesures de réduction des méfaits dont disposent les personnes dans la collectivité;⁷¹ de plus, les personnes anciennement incarcérées décrivent également le système de santé comme difficile à naviguer. Les personnes qui s'injectent des drogues font état de préjugés lorsqu'elles tentent d'accéder à des services de consommation supervisée ou à d'autres programmes de réduction des méfaits – ce qui peut les dissuader de rechercher du matériel d'injection stérile et d'autres services de réduction des méfaits.

Des recherches menées au sujet de femmes qui consomment des drogues et se livrent au commerce du sexe dans la rue ont révélé qu'elles sont soumises à une forte surveillance policière et à des taux élevés de violence qui atténuent probablement l'impact des efforts de réduction des méfaits et les exposent à de nombreux méfaits pour la santé et liés à la drogue.⁷²

Toutes ces expériences peuvent être aggravées pour les femmes et les personnes de genres divers qui vivent avec le VIH, qui peuvent également être aux prises avec du sexisme, de l'homophobie et de la transphobie de la part de prestataires de soins de santé. Par exemple, des personnes transgenres ont signalé qu'il leur était très difficile d'obtenir des informations spécifiques sur les programmes de prévention et de traitement du VIH.⁷³

« On ne les traite pas comme des patientes normales. »⁷⁴

- Une amie d'une femme vivant avec le VIH

« Lorsque la [médecin] est entrée, elle avait trois paires de gants, alors que ce n'était même pas un problème lié au VIH! »⁷⁵

- Une femme vivant avec le VIH

« J'ai passé pas mal de temps [en dedans] à apprendre ce qu'il faut faire pour obtenir ces soins de santé gratuits, parce que vous savez que ce sont des soins de santé gratuits, mais bon sang, vous allez attendre assez longtemps et vous devez connaître, vous savez, les détails. »⁷⁶

- Un ex-détenu qui vit avec le VIH

« S'il y a une seule seringue et que vous êtes deux, vous allez la partager... Quand on est en dépendance, on ne se soucie pas de ça. »⁷⁷

- Un ex-détenu qui utilise des drogues

« On ne veut pas vous vendre de seringues, si vous avez l'air d'un "junkie"... donc vous utilisez la seringue d'une autre personne. »⁷⁸

- Un ex-détenu qui s'injecte des drogues

« Il n'y a pas d'information. Parlez des situations où une lesbienne peut ou ne peut pas obtenir de moyens de prévention du VIH. »⁷⁹

- Une femme LGBTQ2S

« Les femmes de couleur ne parlent pas de leurs besoins et de ce qu'elles souhaitent exactement d'un [organisme VIH], car elles pensent que ça ne peut pas changer. Elles ont peur qu'en disant quelque chose, on leur retire des bénéfices. »⁸⁰

- Une femme noire vivant avec le VIH

Peuples autochtones

Le colonialisme au Canada est un déterminant structurel de la santé des Autochtones.⁸¹ Les effets du colonialisme, notamment la création d'institutions comme la Police montée du Nord-Ouest pour déplacer par la force les peuples autochtones, ont réprimé l'autodétermination des autochtones, déstabilisé leur langue, leur culture et leur société, et dépossédé les individus de leurs terres.⁸² De plus, la création du système des réserves, le déplacement des familles et des communautés vers des territoires nouveaux et inconnus, les « générations volées » d'enfants autochtones victimes d'abus physiques et sexuels en tant que pensionnaires des écoles résidentielles et pupilles des systèmes de protection de l'enfance, l'accès restreint aux médecines traditionnelles et occidentales, le racisme et la discrimination à l'égard des peuples autochtones qui persistent aujourd'hui sont autant de déterminants de la santé des Autochtones.⁸³ Le colonialisme de peuplement, combiné aux déterminants sociaux susmentionnés, explique pourquoi les peuples autochtones sont touchés de manière disproportionnée par le VIH et le VHC.

Collectivement, ces récits illustrent la manière dont la vulnérabilité et le risque liés au VIH sont façonnés par de nombreux déterminants sociaux et structurels de la santé et doivent être pris en compte lors des interactions avec des personnes appartenant à ces populations prioritaires.

Résilience à l'égard du VIH

Il est important de noter que malgré les nombreux facteurs structurels qui augmentent leur vulnérabilité au VIH et au VHC, les populations prioritaires incarnent la résilience, la ténacité et l'optimisme, et prospèrent dans notre société.



Nous avons beaucoup de choses à affronter. Et à la fin de la journée, nous nous asseyons et nous nous sentons déprimées. Nous nous sentons mal, mais nous avons à prendre soin de nos enfants, les envoyer à l'école; et certaines d'entre nous ont un emploi. Donc nous nous levons et nous faisons notre journée comme si de rien n'était, même si à l'intérieur nous avons mal. Je pense que c'est notre plus grande force. »⁸⁴

- Une femme vivant avec le VIH

Les réseaux sociaux et les groupes de soutien entre pair-es sont des ressources cruciales pour aider les personnes vivant avec le VIH à composer avec diverses situations. Ces groupes offrent un environnement ouvert où les individus peuvent se soutenir les uns les autres.

Le VIH et les droits de la personne

Les droits humains sont les droits et libertés fondamentaux auxquels toute personne a droit dès sa naissance. L'élément central de ces droits est le droit à une vie dans l'égalité, sans discrimination, à la dignité, au respect, à la santé, à la sécurité, à la liberté et à la vie privée.⁸⁵

Au Canada, les droits humains des personnes vivant avec le VIH et/ou le VHC, de même que des populations prioritaires, sont protégés par de nombreuses lois. Aux fins du présent manuel, nous nous concentrons sur la Charte canadienne des droits et libertés, les lois fédérales, provinciales et territoriales sur les droits de la personne, les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada et les *Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne*.

(1) Charte canadienne des droits et libertés

La Charte *canadienne des droits et libertés* (la Charte) fait partie de la Constitution et garantit certains droits et libertés. Deux dispositions de la Charte sont particulièrement pertinentes pour les populations prioritaires. En vertu de l'article 7, la Charte garantit ce qui suit :⁸⁶

Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

Cet article de la Charte a été interprété, par exemple, pour défendre les droits à la « liberté » et à la « sécurité de la personne » des personnes qui consomment des drogues, des travailleuse(-eur)s du sexe et des personnes en prison.

En vertu de l'article 15, la Charte garantit ce qui suit :

La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.

Le terme « déficience », dans cet article, a été interprété dans divers cas pour inclure le VIH et le sida, ce qui signifie que les personnes vivant avec le VIH ont droit à une protection constitutionnelle contre la discrimination liée au VIH perpétrée par tous les niveaux de gouvernement dans

tout le pays.⁸⁷ Cet article a également été invoqué pour défendre les femmes et les personnes LGBTQ2S contre des actes discriminatoires des gouvernements.

(2) Protection fédérale en vertu de la Loi canadienne sur les droits de la personne

La *Loi canadienne sur les droits de la personne* (LCDP) est une loi fédérale qui interdit la discrimination fondée sur divers motifs dans des domaines tels que l'emploi, le logement, la fourniture de biens, de services et d'installations, et l'adhésion à un syndicat.⁸⁸ La LCDP reconnaît la discrimination fondée sur la race, l'origine ethnique, la nationalité, la religion, la couleur, les croyances, l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité et l'expression de genre, l'état matrimonial, la situation familiale, le handicap, les caractéristiques génétiques et les condamnations antérieures pour lesquelles un pardon a été accordé.

À l'instar de la Charte, les cours et les tribunaux ont reconnu le VIH et le sida comme un handicap en vertu de la LCDP.⁸⁹ Contrairement à la Charte, la LCDP (et ses équivalents provinciaux/territoriaux) s'applique à la fois au secteur public (c'est-à-dire aux employeurs et aux fournisseurs de services sous réglementation fédérale) et au secteur privé. En d'autres termes, la LCDP protège les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination dans les ministères, les organismes et les sociétés d'État du gouvernement fédéral ainsi que dans les industries privées sous réglementation fédérale, comme les banques à charte, les compagnies aériennes, les entreprises de médias et de télécommunications et les transports publics.

(3) Lois provinciales et territoriales sur les droits de la personne

Les provinces et les territoires disposent également de lois antidiscrimination qui protègent les personnes contre la discrimination de la part des gouvernements provinciaux et municipaux, des entreprises, des organismes à but non lucratif et des particuliers au sein de cette province ou de ce territoire pour des motifs tels que l'hébergement (logement), les biens, les services et les installations, les écoles, le logement et l'emploi.

Les provinces et territoires du Canada n'offrent pas tous les mêmes protections en matière de droits de la personne, mais ils interdisent tous la discrimination fondée sur le statut VIH d'une personne. Il n'y a pas de référence explicite au VIH dans les diverses lois antidiscrimination, mais il est clair que le fait de vivre avec le VIH est couvert par des termes tels que « handicap » ou « déficience » - un motif de discrimination interdit.

(4) Commission de vérité et réconciliation du Canada : appels à l'action

La Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVRC) a été créée en 2008 pour faire état des conséquences désastreuses des pensionnats sur la vie des personnes autochtones et pour faciliter la réconciliation entre les anciens élèves et leurs familles, leurs communautés, les gouvernements et tous les Canadiens et Canadiennes. Afin de réparer les séquelles des pensionnats et de faire progresser la réconciliation, la CVRC a demandé dans son rapport final aux gouvernements, établissements d'enseignement et institutions religieuses, de même qu'aux groupes de la société civile et à tou-te-s les Canadien-nes de donner suite à ses 94 appels à l'action.⁹⁰

L'appel à l'action 19 demande au gouvernement fédéral, « en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones », en s'orientant autour de divers indicateurs, notamment la santé mentale, la toxicomanie, les maladies chroniques (ce qui inclut le VIH et le VHC) et la disponibilité de services de santé appropriés.

Les appels à l'action 30 et 38 demandent aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de s'engager à « éliminer [...] la surreprésentation des jeunes Autochtones en détention » et « la surreprésentation des Autochtones en détention » au cours de la prochaine décennie.

L'appel à l'action 57 demande aux gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux de « s'assurer que les fonctionnaires sont formés sur l'histoire des peuples autochtones, y compris en ce qui a trait à l'histoire et aux séquelles des pensionnats, à la Déclaration des Nations

Unies sur les droits des peuples autochtones, aux traités et aux droits des Autochtones, au droit autochtone ainsi qu'aux enseignements et aux pratiques autochtones. À cet égard, il faudra, plus particulièrement, offrir une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme. »

Faisant partie du pouvoir exécutif du gouvernement, les agent-es de police ont l'obligation de contribuer à mettre en œuvre ces appels à l'action.

(5) Le VIH/sida et les droits de l'homme - Directives internationales (Lignes directrices), Haut-Commissariat aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)

Ces lignes directrices mettent l'accent sur la protection et la promotion des droits humains en tant que stratégie clé de la réponse mondiale au VIH.⁹¹ Elles soulignent que le droit fondamental à la santé doit inclure l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH pour toutes les personnes. La directive 6 signale spécifiquement : « Les États devraient également prendre les mesures voulues pour garantir à toutes les personnes, sur une base durable et équitable, la disponibilité et l'accès à des biens et services et des informations pour la prévention, le traitement, les soins et l'appui relatifs au VIH, et notamment aux traitements antirétroviraux et autres médicaments sûrs et efficaces, et aux moyens diagnostiques et technologies associées pour les soins préventifs, curatifs et palliatifs du VIH et des infections opportunistes et affections associées. »

Pour la police, cela signifie que dans l'application du droit pénal, il faut mettre l'accent sur le soutien aux populations prioritaires (directive 4c) et s'assurer que la police ne constitue pas un obstacle à des mesures telles que les services de consommation supervisée qui réduisent le risque de transmission du VIH et du VHC parmi les personnes qui consomment des drogues (directive 4d).

Les lois et politiques décrites ci-dessus établissent que les personnes vivant avec le VIH et le VHC et les personnes affectées par ceux-ci, au Canada, ont le droit à la protection contre la discrimination et ont le droit à la santé, y compris l'accès au dépistage, à la prévention, au traitement et aux soins en matière de VIH et de VHC. **En tant qu'agent-es de la loi, les policiers et policières ont la responsabilité de veiller à ce que ces droits fondamentaux soient respectés.** Il existe toutefois au Canada certaines lois qui portent atteinte à la santé et aux droits humains des personnes vivant avec le VIH et/ou le VHC et des populations prioritaires. Ces lois créent des obstacles à l'accès à des services en matière de VIH et/ou de VHC ainsi qu'à d'autres services sociaux, de santé et de soutien, ce qui entrave des stratégies de santé publique éprouvées.

Lois pénales et politiques affectant l'accès aux services sociaux, de santé et à d'autres services de soutien pour le VIH et le VHC

Au Canada, un certain nombre de lois pénales affectent l'accès des populations prioritaires à des services en matière de VIH et/ou de VHC ainsi qu'à d'autres services sociaux, de santé et de soutien. Dans le présent manuel, nous nous concentrons sur les trois lois les plus pertinentes au champ d'exercice d'un-e agent-e de police de rue. Comme l'a souligné la Commission mondiale sur le VIH et le droit :

Les lois et politiques dont le but est de discriminer les personnes vivant avec le VIH [...] ou de pénaliser le travail du sexe, la consommation de drogues, les relations entre personnes du même sexe ou les expressions de l'identité sont souvent appliquées et imposées au nom de la santé publique et de la sécurité. Néanmoins, le résultat est généralement l'inverse, en particulier pour les groupes marginalisés.⁹²

(1) La criminalisation de la non-divulgence du VIH

Au Canada, une personne vivant avec le VIH peut faire l'objet de poursuites pénales pour avoir omis de divulguer sa séropositivité à un partenaire avant un rapport sexuel comportant une « possibilité réaliste de transmission ». Le Canada est le pays qui compte le plus grand nombre de poursuites au monde pour non-divulgence du VIH. À la fin de 2020, il y avait eu au moins 225 poursuites pour non-divulgence alléguée du VIH au Canada, et les personnes ont été le plus souvent accusées des infractions d'agression sexuelle et d'agression sexuelle grave.⁹³

La criminalisation du VIH avait peut-être pour but de contrer ce que notre société considère comme un comportement moralement inacceptable, mais cette réponse politique punitive renforce la stigmatisation du VIH, perpétue le discours médiatique raciste sur les Noir-es contre lequel-les sont portées des accusations,⁹⁴ et porte atteinte aux droits humains des personnes vivant avec le VIH. Elle n'est pas non plus utile dans le contexte de la santé publique. Ces poursuites peuvent affecter de manière disproportionnée les personnes vivant avec le VIH les plus marginalisées, notamment celles qui n'ont pas accès aux médicaments ou à des soins de santé constants, comme les nouveaux et nouvelles arrivant-es racisé-es et les Autochtones, ou les personnes qui vivent des relations abusives et/ou qui ne peuvent pas insister en toute sécurité sur l'utilisation du condom ou divulguer leur statut VIH à leurs partenaires sexuel-les.⁹⁵ Au Canada, une grande partie des cas de criminalisation à l'encontre de femmes concerne des femmes autochtones et des femmes subissant et ayant vécu de la violence. De plus, la criminalisation peut dissuader des gens de se faire dépister et de connaître leur statut VIH, par crainte que les renseignements sur leur santé ne soient utilisés pour porter des accusations criminelles contre eux. Cette crainte constitue un obstacle au dépistage, à la prévention, au traitement et aux soins en matière de VIH.⁹⁶

Les agent-es de la force publique peuvent être chargé-es de traiter avec des plaignant-es, de procéder à des arrestations ou de porter des accusations dans des affaires de non-divulgence. Les poursuites pour non-divulgence du VIH sont très sensibles et complexes, et auront des conséquences durables et néfastes pour la personne poursuivie. Il est important d'être au courant des données scientifiques les plus récentes concernant la criminalisation de la non-divulgence du VIH et de mener les enquêtes avec sensibilité, retenue et prudence afin de décider s'il convient d'engager des poursuites judiciaires. La meilleure

pratique consiste pour la police à consulter, à un stade précoce de l'enquête, un-e expert-e en droit et en science du VIH. En ce qui concerne le droit, une ressource à consulter est *La criminalisation de la non-divulgence du VIH au Canada : situation actuelle et besoin de changement*.⁹⁷

Sur la base des preuves scientifiques les plus récentes, on ne devrait engager de poursuites dans les cas de non-divulgence présumée du VIH lorsqu'un condom a été utilisé ou lorsque la personne vivant avec le VIH avait une charge virale faible ou indétectable ou suit un traitement antirétroviral efficace, ni dans les cas impliquant uniquement des rapports sexuels oraux.⁹⁸ Dans la décision de déposer des accusations dans une affaire de non-divulgence présumée du VIH, la police doit également tenir compte de facteurs d'intérêt public spécifiques aux cas de non-divulgence présumée du VIH, tels qu'un éventuel déséquilibre de pouvoir dans les relations intimes où l'accusé-e se trouve dans une position de subordination. De nombreuses personnes vivant avec le VIH vivent dans la crainte d'être faussement accusées par des partenaires vindicatifs. Étant donné qu'il est très difficile pour une personne vivant avec le VIH de prouver qu'elle a effectivement révélé sa séropositivité à un-e partenaire sexuel-le, la criminalisation de la non-divulgence du VIH peut être utilisée, dans des relations abusives, comme une arme de chantage contre des personnes.

Les plaignant-es devraient être informé-es, lorsque cela est pertinent, au sujet du traitement de prophylaxie post-exposition (PPE) en cas d'exposition au VIH et être dirigé-es adéquatement vers des services de PPE, de dépistage du VIH, de soutien, de counseling et d'information sur le VIH, de soutien aux victimes et de conseils juridiques. Les plaignant-es doivent également être informé-es, avec une grande sensibilité, des conséquences d'une plainte liée à la non-divulgence du VIH, y compris des problèmes de confidentialité. La police devrait s'assurer que les plaignant-es ont reçu les informations et le soutien nécessaires pour prendre une décision éclairée.

Et lorsqu'il ne s'agit pas d'activité sexuelle, il est important de souligner qu'en raison du risque négligeable de transmission, le VIH ne devrait pas être un élément pertinent dans les affaires de crachats, d'égratignures et de morsures.⁹⁹ En particulier, la police ne devrait pas procéder à des arrestations pour accusations de voies de fait graves contre des personnes vivant avec le VIH dans les cas de crachats, de morsures ou d'égratignures, car il n'y a pas de possibilité de mise en danger de la vie.

La police devrait prendre en compte les impacts négatifs de la divulgation publique de la séropositivité d'une personne, vu le niveau élevé de stigmatisation à l'endroit des personnes vivant avec le VIH.¹⁰⁰ La police doit veiller à ce que la confidentialité du statut VIH et des autres renseignements médicaux personnels soit respectée dans toute la mesure du possible (ce qui s'applique à la fois aux accusé-es et aux plaignant-es). Les communiqués de presse comprenant le nom, la photo ou des renseignements médicaux d'un-e accusé-e sont extrêmement préjudiciables, pour les personnes vivant avec le VIH. La police doit être consciente que même si le VIH n'est pas spécifié dans un communiqué de police ou de presse, les membres du grand public ou les personnes associées à l'accusé-e peuvent en déduire que la personne vit avec le VIH, en raison de la connaissance générale des poursuites pour non-divulgation du VIH au Canada.

(2) La criminalisation des personnes qui consomment des drogues

En vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCIDAS), il est illégal de posséder, d'obtenir ou de distribuer certaines drogues au Canada.¹⁰¹ La criminalisation et les stigmates qui l'entourent dissuadent de nombreuses personnes d'accéder à des services de réduction des méfaits et à d'autres services de santé.

Cela est peut-être plus évident lorsque des gens craignent d'appeler le 911 dans le contexte d'une surdose. Des recherches menées au Canada ont montré que les obstacles les plus courants à l'appel au 911 sont la peur d'être arrêté-e et la peur de perdre la garde des enfants.¹⁰² La *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* modifie la LRCIDAS afin de protéger la ou les victimes et les témoins contre des accusations ou une condamnation pour possession simple de drogues lorsqu'une aide d'urgence est demandée pour une surdose, si la preuve à l'appui de l'infraction a été obtenue ou découverte du fait qu'ils ont demandé de l'aide ou sont restés sur les lieux.¹⁰³ Le recours à une aide d'urgence peut consister à appeler le 911, à quitter les lieux pour appeler le 911 ou à quitter les lieux pour trouver une aide médicale d'urgence. Une personne qui appelle le 911 et qui quitte les lieux avant l'arrivée des services d'urgence bénéficie de la même exemption. Dans le contexte de la crise sans précédent de surdoses qui sévit au Canada, il est essentiel que la police connaisse et fasse respecter cette loi afin d'encourager les gens à composer le 911 en situation de surdose. En même temps, la présence de la police sur les lieux d'une surdose, même en l'absence de poursuites pour possession simple de drogues, constitue encore un obstacle au recours au 911, car des personnes rapportent encore avoir été interrogées par la police sur des lieux de surdose.

Pour plus de lecture à ce sujet, consultez : [La Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdoses : le bon, le mauvais et l'inefficace](#);¹⁰⁴ et l'article ["That's why people don't call 911": Ending routine police attendance at drug overdoses](#).¹⁰⁵

La présence policière peut également dissuader les personnes qui consomment des drogues d'accéder aux services de

réduction des méfaits, tels que les programmes d'échange de seringues et d'aiguilles, ou les services de consommation supervisée. De nombreuses personnes qui consomment des drogues ont rapporté que la police surveillait et interrogeait les personnes accédant à ces services de santé, et confisquait le matériel obtenu auprès de ces services.¹⁰⁶ La police devrait réfléchir à la manière dont elle peut effectuer son travail sans décourager les gens d'accéder à ces services de santé essentiels. Mieux encore, les services de police devraient avoir une politique claire et cohérente qui n'entrave pas l'accès à la réduction des méfaits et aux autres initiatives communautaires. Des discussions avec les prestataires de services de réduction des méfaits peuvent contribuer à l'élaboration de protocoles constructifs pour les opérations de police dans leur voisinage.

(3) La criminalisation du travail du sexe

Au Canada, les dispositions actuelles du *Code criminel du Canada* qui portent spécifiquement sur le travail du sexe, incluant celles introduites en décembre 2014,¹⁰⁷ interdisent :

- de gêner la circulation des piétons ou des véhicules; et de communiquer avec quiconque dans un endroit public à côté d'une garderie, d'un terrain d'école ou d'un terrain de jeu dans le but d'offrir, de fournir ou d'obtenir des services sexuels (art. 213);
- d'obtenir ou tenter d'obtenir des services sexuels, quels que soient le lieu et le moment (art. 286.1);
- de bénéficier d'un avantage matériel provenant de la prestation de services sexuels (art. 286.2);
- le « proxénétisme », qui inclut tout acte qui facilite ou encourage la vente ou l'échange de services sexuels d'une autre personne (art. 286.3); et
- de faire la publicité de services sexuels (art. 286.4).

La recherche a démontré de manière constante que la criminalisation du travail du sexe et la réponse de la police à cette criminalisation obligent les travailleuse(-eur)s du sexe à se déplacer vers des lieux plus cachés, tant dans la rue qu'à l'intérieur; réduisent leur capacité à trier les clients potentiels et à négocier les conditions des transactions sexuelles (comme l'utilisation du condom) qui sont essentielles à leur consentement éclairé; et limitent l'accès aux services de santé, y compris les soins VIH. Une répression policière excessive ou agressive a été indépendamment liée à une violence accrue et ciblée, au refus des clients d'utiliser des condoms et à la peur des travailleuse(-eur)s du sexe d'avoir une réserve de condoms en leur possession sur les lieux.¹⁰⁸

La police devrait être consciente des effets de la surveillance des travailleuse(-eur)s du sexe sur leur accès aux services de santé (y compris le dépistage, la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH et de VHC) et de la manière dont ce profilage renforce une relation antagoniste entre les travailleuse(-eur)s du sexe et la police. En outre, les agent-es devraient s'abstenir d'initiatives visant à éloigner et à déplacer

les travailleuse(-eur)s du sexe des espaces publics (y compris par l'application de lois sans rapport avec le travail du sexe, c'est-à-dire celles qui réglementent le vagabondage ou le flânage); les plaintes pour nuisance déposées contre des travailleuse(-eur)s du sexe devraient être résolues par la méthode la moins intrusive possible.

Par ailleurs, la police est depuis longtemps moins disposée à faire enquête sur les infractions commises à l'encontre des travailleuse(-eur)s du sexe.¹⁰⁹ La police doit respecter son obligation de traiter tou-te-s les plaignant-es de manière équitable, avec dignité et respect, et fournir une protection policière aux travailleuse(-eur)s du sexe lorsqu'elles ou ils en font la demande.

Pour plus de lecture à ce sujet, consultez : [Les dangers de la « protection » : Expériences de travailleuses du sexe en lien avec les forces de l'ordre en Ontario.](#)¹¹⁰

Importance du maintien de la confidentialité et du traitement du VIH

Si une arrestation est effectuée dans l'un des cas décrits ci-dessus, il est crucial de préserver la confidentialité d'une personne vivant avec le VIH. Si une personne en détention révèle son statut VIH ou VHC à un-e agent-e, celui-ci ou celle-ci doit déterminer si la personne suit actuellement un traitement – et il importe alors de lui faciliter l'accès à son ou ses médicaments dès que possible.¹¹¹ L'omission de doses de médicaments contre le VIH peut avoir un effet négatif sur la charge virale et le nombre de CD4 d'une personne.¹¹² La détention peut également réduire l'accès à d'autres soins médicaux appropriés et introduire de graves problèmes de sécurité personnelle pour les personnes vivant avec le VIH, puisque leur infection demeure fortement stigmatisée au sein du système des prisons et peut donner lieu à des menaces, de l'intimidation ou des violences à l'encontre d'un-e accusé-e vivant avec le VIH.

On ne devrait jamais supposer qu'une personne vivant avec le VIH ou le VHC a révélé son statut, même à des ami-es proches ou à des parents. Pour respecter son droit à la confidentialité, on devrait toujours lui demander son consentement avant de divulguer son statut à qui que ce soit.

La police et la santé publique

Les expert-es en santé publique qualifient parfois les populations prioritaires de « populations difficiles à joindre » en raison de leur marginalisation sociale, politique et économique. Pourtant, nous savons que la police rencontre constamment des populations prioritaires dans le cadre de ses services de rue. Nous présentons ci-dessous les pratiques que la police peut employer pour mieux respecter la santé et les droits humains des personnes qui font partie de populations prioritaires.

Pratique 1. Exercice de discrétion dans l'application afin de réduire l'impact négatif du contact avec la police

Les agent-es de police disposent souvent d'une certaine part de discrétion dans leur prestation de services. Conformément à la position de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime¹¹³ et du juriste Kenneth Davis,¹¹⁴ nous définissons le « pouvoir discrétionnaire » comme suit :

Un-e agent-e dispose d'un pouvoir discrétionnaire lorsque les limites effectives de son pouvoir lui laissent une liberté de faire un choix parmi des possibilités d'action ou d'inaction.

L'exercice d'une application discrétionnaire de la loi, surtout lorsqu'elle n'est pas guidée, a été identifié comme un outil utilisé par la police qui contribue à l'arrestation et à l'inculpation disparates de Noir-es et d'autres personnes racisées.¹¹⁵ Une étude réalisée en 2020, par exemple, a révélé que les Noir-es et les Autochtones étaient surreprésentés dans les arrestations pour possession de cannabis au Canada, bien qu'ils ou elles ne consomment pas plus de drogues que les autres Canadien-nes.¹¹⁶ Pour de nombreuses populations prioritaires, notamment celles qui sont constamment menacées de criminalisation, toute rencontre avec la police peut être perçue comme intrusive, effrayante et coercitive. Mais la police peut aussi utiliser son pouvoir discrétionnaire pour réduire les contacts avec les populations prioritaires qui entravent leur accès aux services VIH et/ou VHC, notamment en ce qui concerne la

possession de drogues et le travail du sexe. Il s'agit de prendre des mesures moins punitives, notamment en exerçant le pouvoir discrétionnaire de la police de ne pas s'engager agressivement dans des opérations de surveillance et d'arrestations, de ne pas confisquer de matériel de consommation de drogues ou de matériel de prévention sexuelle, et de ne pas se présenter sur les lieux de surdoses, sauf en cas de nécessité pour répondre à une menace de sécurité. Chacune de ces mesures représente un mode d'application discrétionnaire qui peut réduire l'impact de la police sur l'accès des personnes aux services de santé.

Le Vancouver Police Department (VPD) a officiellement adopté une stratégie d'application discrétionnaire¹¹⁷ qui reconnaît le degré d'application que les agent-es peuvent exercer dans les affaires de possession de drogues, y compris la saisie de la drogue, l'arrestation et/ou la mise en accusation d'une personne. En vertu de cette stratégie, l'application des lois sur la possession simple est laissée à la discrétion de chaque agent-e, mais n'est justifiée que dans la mesure où l'individu « a des comportements qui nuisent ou font interférence à l'utilisation ou à la jouissance légale de la propriété publique ou privée, et/ou qui contribuent au désordre de la rue ».¹¹⁸

Reconnaissant l'inefficacité de l'application continue de l'interdiction de la possession simple de drogues, l'Association canadienne des chefs de police a publié en juillet 2020 un

rapport intitulé *Décriminalisation pour la simple possession de drogues illicites : Exploration des répercussions sur la sécurité publique et la police*, reconnaissant la consommation problématique de drogues comme un problème de santé publique et concluant que la décriminalisation de la possession simple de drogues est un moyen efficace de réduire les effets nuisibles de la consommation de drogues sur la santé publique et la sécurité publique.¹¹⁹ En août 2020, le Service des poursuites pénales du Canada a publié la Ligne directrice « 5.13 Les poursuites portant sur la possession d'une substance contrôlée aux termes de l'art. 4(1) de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* », reconnaissant également que : « L'efficacité d'une sanction criminelle est limitée (i) en tant que mesure de dissuasion générale ou particulière, et (ii) pour répondre aux préoccupations en matière de sécurité publique, considérant les effets préjudiciables d'un casier judiciaire et d'une courte période d'incarcération » et indiquant aux procureurs de se concentrer sur les « cas les plus graves » qui soulèvent des préoccupations en matière de sécurité publique en vue de poursuites, et de « rechercher des mesures de rechange appropriées et des mesures de déjudiciarisation pour les cas de possession simple ».¹²⁰

Dans le même ordre d'idées, le VPD a également adopté une politique qui reconnaît qu'« une surdose de drogue est, de par sa nature même, une urgence médicale » et qu'« il est peu utile que la police assiste à une surdose ordinaire et non mortelle ». À ce titre, il est conseillé aux agent-es de police de Vancouver de n'être présent-es que dans les situations où il y a une menace pour la sécurité publique.¹²¹

En tant qu'intervenant-es de première ligne, les agent-es de police pourraient réduire les obstacles auxquels se heurtent les populations prioritaires dans l'accès aux programmes et services qui favorisent leur santé, notamment l'accès aux tests de dépistage du VIH et du VHC, à la prévention, au traitement, aux soins, au soutien, à la réduction des méfaits et aux autres services de santé. Au lieu de procéder à des arrestations et de porter des accusations, la police pourrait se familiariser avec le travail des programmes locaux de santé publique et de réduction des méfaits et avec d'autres ressources appropriées dans leur région. *En cas de demande*, la police devrait être équipée pour orienter les personnes de sa communauté vers des organismes locaux qui fournissent des services, notamment, mais sans s'y limiter, du matériel stérile pour l'utilisation de drogues, une consommation supervisée, la prévention des surdoses, le traitement de la toxicomanie, le dépistage du VIH, du VHC et des ITS, des programmes de prévention du VIH et du VHC, le traitement du VIH et du VHC, et des informations/conseils en matière de santé sexuelle.

Réflexion : Suis-je au courant des programmes et services de prévention du VIH et du VHC dans ma communauté vers lesquels je pourrais diriger des personnes? Comment pourrais-je me renseigner sur les services offerts dans un site local de consommation supervisée?

Pratique 2. Réduire le langage et les comportements stigmatisants, dans la prestation de services à des personnes vivant avec le VIH ou le VHC ou affectées par ceux-ci :

L'utilisation d'un langage et d'un comportement respectueux, dans l'interaction avec des personnes vivant avec le VIH ou le VHC ou affectées par ceux-ci, confirme leur droit à la non-discrimination en vertu de la loi. Le langage respectueux peut inclure les expressions qui mettent l'accent sur la personne avant tout – son individualité, son égalité et sa dignité – mais en fin de compte les personnes doivent être désignées dans les termes qu'elles préfèrent. Cela inclut leurs

| Population prioritaire | Termes à éviter | Termes à employer |
|---|---|---|
| Communauté LGBTQ2S | « Homosexuel », « Homo », « <i>Queer</i> », « Tapette », « Transgenré », « Travesti » | « Personne LGBTQ2S », « Gai », « Lesbienne », « Personne bispirituelle », « Personne de deux esprits » (dans le cas d'Autochtones), « Personne transgenre » |
| Communauté autochtone | « Indien » (et « Indienne ») | « Autochtone », ou plus spécifiquement « Personne des Premières Nations », « Innu », « Inuit » ou « Métis-se », selon le cas |
| Personnes qui consomment des drogues | « Drogué-e », « Toxicomane », « Utilisateur », « <i>Addict</i> », « <i>Junkie</i> » | « Personne qui consomme (ou utilise) des drogues » |
| Travailleuse(-eur)s du sexe | « Prostitué-e », « Putain », « Pute », « Guidoune » | « Travailleur ou travailleuse du sexe », « Personne qui vend ou troque des services sexuels » |
| Personnes vivant avec le VIH | « Porteur du sida », « Porteur du VIH », « Infecté par le VIH », « Sidéen-ne », « Sidatique » | « Personne vivant avec le VIH » |

Pratique 3. Intégrer la sécurité culturelle dans la prestation de services aux populations autochtones et à d'autres populations prioritaires

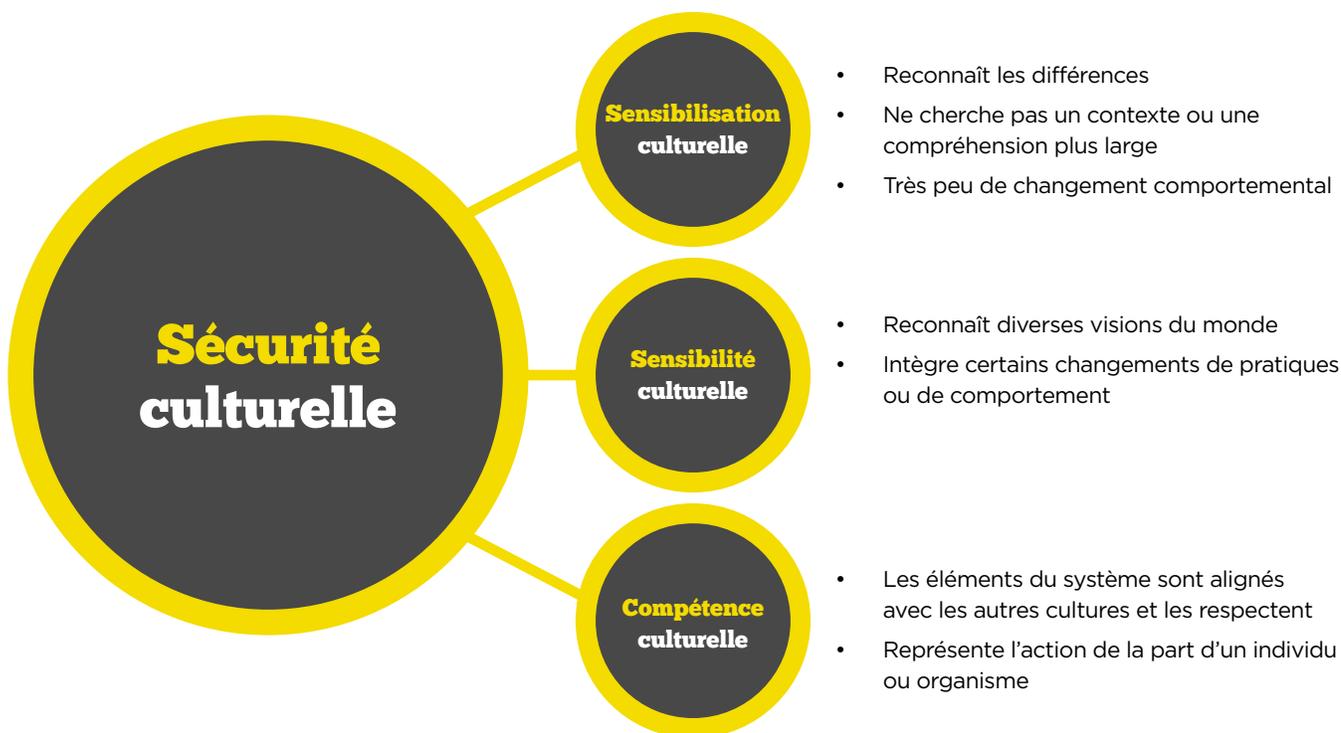
La police devrait veiller à ce que les services qu'elle fournit aux personnes autochtones tiennent compte de l'histoire et des besoins uniques de cette population prioritaire. Au-delà du rôle qu'elle a joué dans des projets coloniaux comme la Rafle des années 60, la police est souvent critiquée pour sa contribution à la surveillance excessive, à la sous-protection et à la surincarcération des Autochtones, notamment en ce qui concerne la crise actuelle des femmes et des filles autochtones disparues et assassinées (FFADA) au Canada. À un niveau plus profond, les modes occidentaux de justice punitive sont considérés comme fondamentalement opposés aux approches autochtones, qui mettent moins l'accent sur la sanction pénale et davantage sur la guérison collective, la justice réparatrice et le retour à l'équilibre et à l'harmonie de la communauté.¹²²

Les agent-es de police devraient toujours pratiquer la sécurité culturelle dans leur prestation de services aux Autochtones. La **sécurité culturelle** est une philosophie qui a été élaborée pour être utilisée dans les établissements de soins de santé, mais qui a depuis été appliquée au maintien de l'ordre. La sécurité culturelle repose sur la reconnaissance du fait qu'en fournissant des services à une personne autochtone, le mode de savoir de cette personne est valable, la personne est une partenaire active dans le processus de prise de décision et peut également comprendre quand le service qu'on lui fournit est sûr pour elle.¹²³

Dans le contexte du maintien de l'ordre, la sécurité culturelle inclut de communiquer clairement, de respecter les différences de culture et de valeurs, d'éviter les stéréotypes nuisibles et le langage stigmatisant, et de reconnaître que toute personne a sa propre histoire et un ensemble d'expériences uniques qui peuvent affecter ses rapports avec la loi.

Ces interactions interpersonnelles contribuent à une « vision d'ensemble » axée sur le système policier dans sa globalité. (Voir la figure ci-dessous.) Compte tenu du traumatisme colonial historique et continu perpétré à l'encontre des communautés autochtones, il existe un besoin évident de changement systémique.

Ce spectre culturel est adapté de *A Journey We Walk Together: Strengthening Indigenous Cultural Competency in Health Organizations*. La sensibilisation, la sensibilité et la compétence culturelles contribuent toutes à la sécurité culturelle générale du système policier.



Des recommandations sensées, pratiques et liées au quotidien, à l'intention de la police, en ce qui concerne les peuples autochtones, ont été formulées dans des rapports tels que : *Une confiance trahie : Les Autochtones et le Service de police de Thunder Bay*, l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA) et le cadre de la Police provinciale de l'Ontario intitulé *OPP Framework for Police Preparedness for Aboriginal Critical Incidents*. Par exemple, les agent-es de police devraient se familiariser avec l'histoire et la culture des communautés autochtones avec lesquelles ils et elles travaillent.¹²⁴ Comme les pratiques culturelles, les enseignements, les langues et les expériences diffèrent grandement d'une communauté à l'autre, il n'existe pas d'approche unique. Ce type d'éducation s'inscrit dans le cadre de la **sensibilisation culturelle**, qui est le premier élément constitutif de la sécurité culturelle. En reconnaissant et en comprenant le caractère unique des communautés autochtones, les policiers et policières peuvent développer une relation d'écoute plus efficace. Toutefois, l'adoption de ce comportement ne suffit pas. Il faut cultiver un sens plus profond de la **sensibilité culturelle** et de la **compétence culturelle**, ce qui, en fin de compte, favorise la **sécurité culturelle**.

Les policiers et policières devraient utiliser des descripteurs physiques plutôt que raciaux.¹²⁵ L'utilisation de descripteurs physiques tels que la taille et le poids, la couleur des cheveux et des yeux, le type de corps et la pilosité faciale prévient l'utilisation de stéréotypes néfastes ou de langage stigmatisant.

En outre, la police devrait éviter de révéler l'orientation sexuelle lors des enquêtes sur les crimes. L'ENFFADA a souligné que lorsque les victimes de crimes sont identifiées comme des membres de la communauté LGBTQ2S, cela peut renforcer la soi-disant « défense de panique homosexuelle » qui implique que l'auteur-e du crime a été déclenché-e par l'orientation sexuelle des victimes, au lieu de reconnaître ses propres actions comme des crimes haineux.¹²⁶ La police devrait également veiller à ne pas mal nommer les personnes trans et non binaires. Pour plus de détails sur le maintien de l'ordre dans le contexte des communautés LGBTQ2S, voir l'ouvrage *Best Practices in Policing and LGBTQ Communities in Ontario*.¹²⁷

Les agent-es de police devraient également s'abstenir de se limiter à intégrer les peuples autochtones dans leur formation à la lutte contre le racisme et l'oppression. L'expérience unique du colonialisme de peuplement au Canada distingue les peuples autochtones des autres groupes susceptibles d'être abordés dans le cadre des formations sur la lutte contre le racisme et l'oppression, notamment les immigrant-es et les réfugié-es, ce qui justifie une formation distincte. Comme l'indique le rapport de Thunder Bay, « on ne peut pas “accueillir” des Autochtones », c'est-à-dire que ce ne sont pas les Autochtones qui sont à accueillir dans les milieux policiers, mais plutôt le contraire.¹²⁸ La « représentation purement symbolique » des peuples autochtones ne tient pas compte des différences culturelles fondamentales et la reconnaissance de l'importance de cette distinction est essentielle à la prestation des services de police.

Les agent-es de police devraient reconnaître activement que les populations autochtones possèdent un niveau d'expertise qui serait utile pour déterminer les types de services susceptibles d'améliorer la sécurité et la justice dans leurs communautés. Ces personnes doivent être consultées régulièrement et de manière significative dans les processus de prise de décision concernant la conception, la prestation et l'évaluation des services de police.¹²⁹ La consultation des membres des communautés autochtones s'inscrit directement dans le cadre de la **compétence culturelle**. Ce type de pratique va au-delà de la simple reconnaissance des différences et de la modification de certaines pratiques ou comportements, et vise activement à éliminer les systèmes nuisibles afin de faire respecter les droits des populations autochtones.

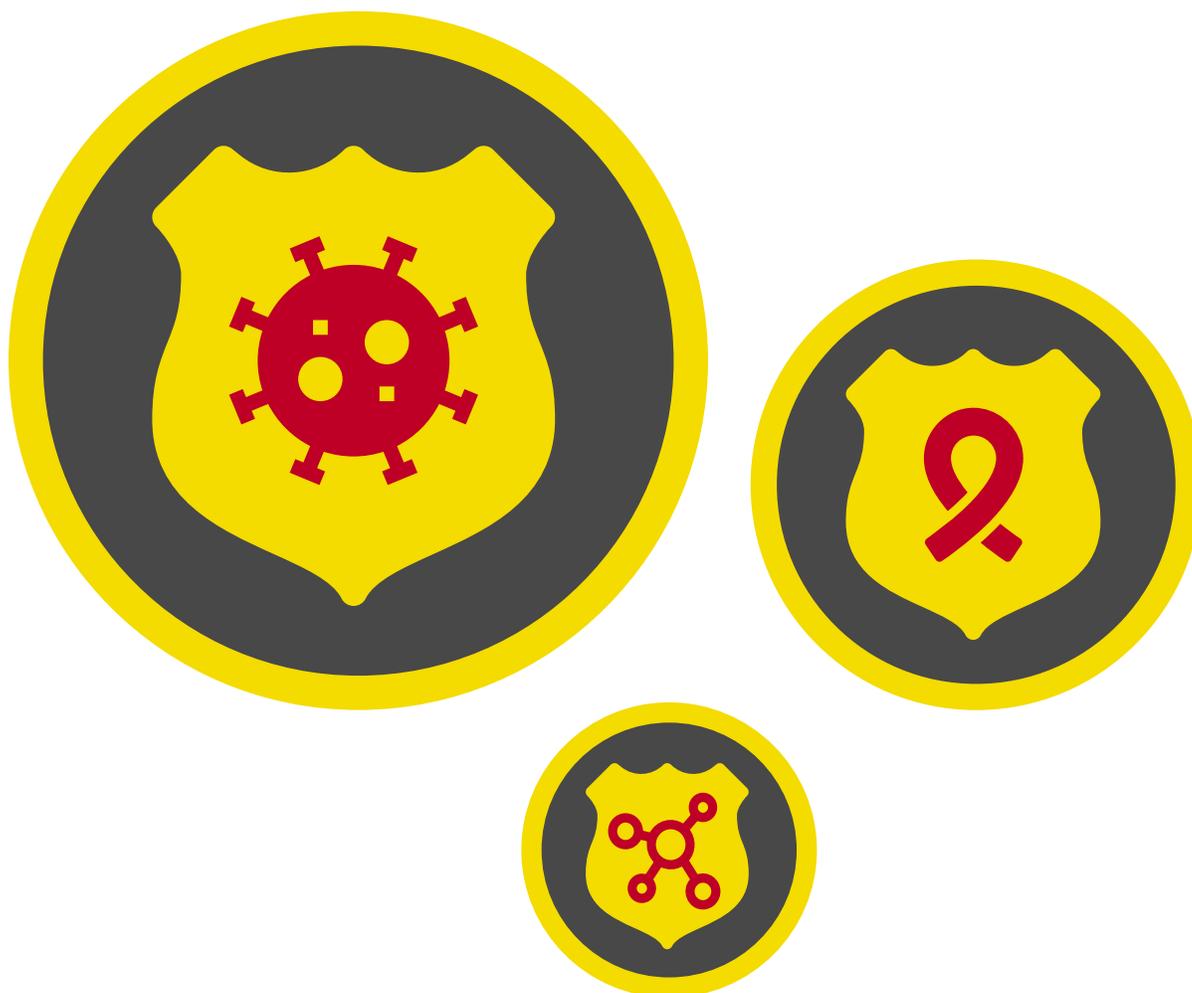


Conclusion

Ce manuel a été élaboré par le Réseau juridique VIH, en consultation avec un groupe d'intervenant-es communautaires et du milieu policier, afin d'améliorer la santé et la sécurité des personnes vivant avec le VIH ou le VHC ou affectées par ceux-ci. Grâce à une connaissance plus approfondie de la biologie du VIH et du VHC, de la santé et de la sécurité au travail, de la vulnérabilité au VIH et au VHC et des dimensions complexes dans le cadre juridique dans lequel ils travaillent, et qui sont déterminantes pour la santé, les services de police du Canada peuvent mettre à profit leurs meilleures connaissances ainsi que le présent document dans l'exercice de leurs fonctions. En retour, les compétences qu'ils développeront amélioreront leur capacité à fournir des services qui respectent mieux la santé et les droits humains des personnes vivant avec le VIH ou le VHC et affectées par ces infections.

En supplément au présent manuel (à l'Annexe C), un bref guide de facilitation examine comment les cadres supérieur-es et les agent-es en position de leadership peuvent améliorer la circulation et la mise en application du présent manuel dans leurs propres départements.

Pour toute question à propos de la présente ressource, veuillez adresser un courriel à info@hivlegalnetwork.ca.



References

- ¹ Dans ce manuel, nous employons l'expression « populations prioritaires » en référence à ces groupes affectés de manière disproportionnée par le VIH et/ou le VHC. Les populations spécifiques sont indiquées dans le glossaire.
- ² La liste de ces intervenant-es figure à l'Annexe A.
- ³ Voir Avert, *The science of HIV and AIDS – Overview*, 2019. En ligne : www.avert.org/professionals/hiv-science/overview#footnote1_ox4z6ja; et CATIE, *L'abc du VIH*, 2016. En ligne : <https://www.catie.ca/fr/essentiel/vih-et-sida#abc>
- ⁴ Voir N. W. Cummins et A. D. Badley, « Making sense of how HIV kills infected CD4 T cells: implications for HIV cure », *Molecular Therapy*, 2:20 (juillet 2014); et Toronto People with AIDS Foundation et CATIE, *Tout est encore possible : Points de départ pour bien vivre avec le VIH*, 2019. En ligne : www.catie.ca/fr/tout-encore-possible/signifient-mon-compte-cd4-mon-charge-virale
- ⁵ AIDSinfo, *The Stages of HIV Infection*, National Institutes of Health, 2020. En ligne : [https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/stages-hiv-infection#:~:text=Key%20Points,acquired%20immunodeficiency%20syndrome%20\(AIDS\)](https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/stages-hiv-infection#:~:text=Key%20Points,acquired%20immunodeficiency%20syndrome%20(AIDS)).
- ⁶ U.S. Department of Health & Human Services, *Symptoms of HIV*, 2019. En ligne : www.hiv.gov/hiv-basics/overview/about-hiv-and-aids/symptoms-of-hiv.
- ⁷ AIDSinfo, supra note 5.
- ⁸ Ibid.
- ⁹ U.S. Department of Health & Human Services, supra note 6.
- ¹⁰ Centers for Disease Control and Prevention, *Opportunistic Infections*, 2019. En ligne : www.cdc.gov/hiv/basics/livingwithhiv/opportunistic-infections.html.
- ¹¹ Voir AIDSinfo, supra note 5; et U.S. Department of Health & Human Services, supra note 6.
- ¹² Agence de la santé publique du Canada, *Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH*, 2020. En ligne : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/esume-estimations-incidence-prevalence-vih-progres-realises-canada-90-90-90.html.
- ¹³ Centers for Disease Control and Prevention, *HIV Transmission*, 2019. En ligne : www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html.
- ¹⁴ Agence de la santé publique du Canada, supra note 12.
- ¹⁵ F. Barré-Sinoussi, S. S. Abdoool Karim, J. Albert, L.-G. Bekker, C. Beyrer, P. Cahn et coll., « Expert consensus statement on the science of HIV in the context of criminal law », *Journal of the International AIDS Society*, 21(7): e25161 (2018); version française : *Déclaration de consensus d'experts sur la connaissance scientifique relative au VIH dans le contexte du droit pénal*. En ligne : https://onlinelibrary.wiley.com/action/downloadSupplement?doi=10.1002%2Fjia2.25161&file=jia225161-sup-0003-Sup_MaterialS3.pdf.
- ¹⁶ Ibid.
- ¹⁷ Agence de la santé publique du Canada, supra note 12.
- ¹⁸ Agence de la santé publique du Canada, *Transmission périnatale du VIH au Canada*, 2010. En ligne : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/vih-sida/publications/actualites-epidemiologie/chapitre-7-transmission-perinatale-vih-canada.html.
- ¹⁹ Centers for Disease Control and Prevention, *HIV Transmission*, 2019, supra note 13.
- ²⁰ Ibid. et F. Barré-Sinoussi, S. S. Abdoool Karim, J. Albert, L.-G. Bekker, C. Beyrer, P. Cahn et coll., supra note 15.
- ²¹ National Institutes of Health, *HIV Treatment: The Basics Understanding HIV/AIDS*, 2020. En ligne : aidsinfo.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/21/51/hiv-treatment--the-basics.
- ²² J. Maenza et C. Flexner, « Combination antiretroviral therapy for HIV infection », *American family physician*, 57(11):2789 (1998).
- ²³ Agence de la santé publique du Canada, *Fiche d'information sur le VIH: I=I pour les professionnels de la santé*, 2020. En ligne : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-fiche-information-indetectable-intransmissible-professionnels-sante.html.
- ²⁴ Agence de la santé publique du Canada. *À l'occasion de la Journée mondiale du sida, la ministre de la Santé appelle à l'élimination de la stigmatisation*, 2018. En ligne : www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2018/11/a-loccasion-de-la-journee-mondiale-du-sida-la-ministre-de-la-sante-du-canada-appelle-a-lelimination-de-la-stigmatisation.html.
- ²⁵ F. Barré-Sinoussi, S. S. Abdoool Karim, J. Albert, L.-G. Bekker, C. Beyrer, P. Cahn et coll., supra note 15.
- ²⁶ Voir Organisation mondiale de la Santé, *Hépatite C*, 2020. En ligne : www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c; et Centers for Disease Control and Prevention, *Hepatitis C Questions and Answers for the Public*, 2020. En ligne : www.cdc.gov/hepatitis/hcv/cfaq.htm.
- ²⁷ C. W. Kim et K.-M. Chang, « Hepatitis C virus: virology and life cycle », *Clinical and Molecular Hepatology*, 19(1) (2013) 17–25.
- ²⁸ Voir Organisation mondiale de la Santé, supra note 26; et Centers for Disease Control and Prevention, supra note 26.
- ²⁹ C. W. Kim et K.-M. Chang, supra note 27.
- ³⁰ Voir Organisation mondiale de la Santé, supra note 26; Centers for Disease Control and Prevention, supra note 26; et L. Challacombe, *L'épidémiologie de l'hépatite C au Canada*. CATIE; 2019. En ligne : www.catie.ca/fr/feuillet-info/epidemiologie/lepidemiologie-lhepatite-c-canada
- ³¹ L. Challacombe, supra note 30.
- ³² Voir Organisation mondiale de la Santé, supra note 26; et Centers for Disease Control and Prevention, supra note 26.
- ³³ Ibid.
- ³⁴ Centers for Disease Control and Prevention, *PrEP*, 2019. En ligne : www.cdc.gov/hiv/basics/pep.html.
- ³⁵ Centers for Disease Control and Prevention, *PEP*, 2019. En ligne : www.cdc.gov/hiv/basics/pep.html.
- ³⁶ Organisation mondiale de la Santé, supra note 26; et Centers for Disease Control and Prevention, supra note 26.
- ³⁷ Agence de la santé publique du Canada, supra note 12.
- ³⁸ Gouvernement du Canada, *Surveillance de l'hépatite C*, non daté. En ligne : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/hepatite-c/surveillance-hepatite-c.html.
- ³⁹ Ibid.
- ⁴⁰ Cette expression inclut les Premières Nations, les Inuits et les Métis, et reflète la riche diversité des peuples initiaux de Turtle Island – une nomenclature autochtone désignant ce qu'on appelle aujourd'hui l'Amérique du Nord. Voir C. Wilson, V. Oliver, S. Flicker, Native Youth Sexual Health Network, T. Prentice, R. Jackson, et coll., « 'Culture' as HIV prevention: Indigenous youth speak up! », *Gateways: International Journal of Community Research and Engagement*, vol. 9:1 (2016). En ligne : <https://epress.lib.uts.edu.au/journals/index.php/ijcre/article/view/4802>.
- ⁴¹ Agence de la santé publique du Canada, *Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : un cadre d'action pancanadien sur les ITSS*; 2018. En ligne : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html.

- ⁴² Agence de la santé publique du Canada, supra note 12.
- ⁴³ Ibid.
- ⁴⁴ A. Bourgeois, M. Edmunds, A. Awan, L. Jonah, O. Varsaneux, W. Siu, « VIH au Canada – Rapport de surveillance, 2016 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 43(12) (2017) p. 248-256.
- ⁴⁵ Agence de la santé publique Canada, supra note 12.
- ⁴⁶ M. Trubnikov, P. Yan, C. Archibald, « Estimated Prevalence of Hepatitis C Virus infection in Canada, 2011 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 40(19) (2014). En ligne : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2014-40/rmtc-volume-40-19-18-decembre-2014/rmtc-volume-40-19-18-decembre-2014-2.html.
- ⁴⁷ Agence de la santé publique Canada, supra note 12.
- ⁴⁸ Un vaste projet d'assimilation entrepris par le gouvernement canadien et les églises du pays à la fin du 19^e siècle et qui s'est poursuivi jusqu'aux dernières décennies du 20^e siècle. Bien qu'apparemment destiné à des fins éducatives, le système des pensionnats avait en fait pour but de séparer les enfants autochtones de leur famille et de les endoctriner par les valeurs et la langue occidentales. Les récits de ces écoles décrivent l'interdiction de la langue traditionnelle, le refus de tout contact familial, de même que des abus émotionnels, physiques et sexuels répandus. Voir P. Duff, B. Bingham, A. Simo, D. Jury, C. Reading, K. Shannon, « The 'Stolen Generations' of Mothers and Daughters: Child Apprehension and Enhanced HIV Vulnerabilities for Sex Workers of Aboriginal Ancestry », *PLoS ONE*, 9(6) (2014); Cedar Project Partnership, M. E. Pearce, W. M. Christian, K. Patterson, K. Norris, A. Moniruzzaman et coll., « The Cedar Project: Historical trauma, sexual abuse and HIV risk among young Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities », *Social Science & Medicine*, 66(11) (2008), p. 2185-94; D. L. M. Kurtz, J. C. Nyberg, S. Van Den Tillaart, B. Mills, The Okanagan Urban Aboriginal Health Res, « Silencing of Voice: An Act of Structural Violence Urban Aboriginal Women Speak Out About Their Experiences with Health Care », *International Journal of Indigenous Health*, 4(1) (2013); et J. Negin, C. Aspin, T. Gadsden, C. Reading, « HIV Among Indigenous peoples: A Review of the Literature on HIV-Related Behaviour Since the Beginning of the Epidemic », *AIDS and Behavior*, 19(9) (2015), p. 1720-34.
- ⁴⁹ Une autre initiative colonialiste qui a donné lieu à l'érosion des familles, vu la relocalisation forcée d'enfants autochtones dans des maisons de colons, dans la seconde moitié du 20^e siècle.
- ⁵⁰ Centers for Disease Control and Prevention, *Exposure to Blood: What Healthcare Personnel Need to Know*, 2003. En ligne : www.cdc.gov/hai/pdfs/bbp/exp_to_blood.pdf.
- ⁵¹ Ibid.
- ⁵² Centers for Disease Control and Prevention, supra note 15.
- ⁵³ Centers for Disease Control and Prevention, supra note 50.
- ⁵⁴ Ibid.
- ⁵⁵ F. Barré-Sinoussi, S. S. Abdool Karim, J. Albert, L.-G. Bekker, C. Beyrer, P. Cahn et coll., supra note 15.
- ⁵⁶ Centers for Disease Control and Prevention, supra note 50.
- ⁵⁷ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Training manual for law enforcement officials on HIV service provision for people who inject drugs*, 2014. En ligne : www.unodc.org/documents/hiv-aids/LManual/LE_Manual_on_HIV_services_for_people_who_use_drugs.pdf.
- ⁵⁸ D. Young et K. Gough, *Pocket P.E.P. - Clinical management of non-occupational and occupational exposure to blood borne pathogens*, Hôpital St. Michael's, 2019, p. 10.
- ⁵⁹ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, supra note 57.
- ⁶⁰ National AIDS Trust, *HIV: A Guide for Police Forces*, 2014. En ligne : www.nat.org.uk/publication/hiv-guide-police-forces.
- ⁶¹ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, supra note 57.
- ⁶² Ibid.; et D. Young et K. Gough, supra note 58.
- ⁶³ G. R. Gupta, J. O. Parkhurst, J. A. Ogden et coll., « Structural approaches to HIV prevention », *The Lancet*, 372(9640) (2008) p. 764-775; et Agence de la santé publique du Canada, *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*, 2020. En ligne : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html.
- ⁶⁴ Voir Associés de recherche Ekos, *Sensibilisation, connaissances et attitudes des Canadiens à l'égard des infections transmissibles sexuellement et par le sang – Rapport sur les résultats 2018*, préparé pour l'Agence de la santé publique du Canada, 2018. En ligne : https://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/pwqsc-tpsqc/por-ef/public_health_agency_canada/2018/056-17-f/rapport.pdf; et Associés de recherche Ekos, *Sondage de suivi de 2012 sur les attitudes touchant le VIH/sida – Rapport final*, préparé pour l'Agence de la santé publique du Canada, 2012. En ligne : www.catie.ca/ga-pdf.php?file=sites/default/files/Sondage-de-suivi-de-2012-sur-les-attitudes-touchant-le-VIH-sida.pdf.
- ⁶⁵ Agence de la santé publique du Canada, supra note 63 et ARCH HIV/AIDS Resources & Community Health, *The Social Determinants of Health, Women & HIV*, non daté. En ligne : www.archguelph.ca/social-determinants-health.
- ⁶⁶ C. H. Logie, L. James, W. Tharao, M. Loutfy, « HIV, gender, race, sexual orientation and sex work: a qualitative study of intersectional stigma experienced by HIV-positive women in Ontario, Canada », *PLoS Med*, 8(11) (2011) p. 1-12.
- ⁶⁷ Ibid.
- ⁶⁸ I. Wallach et S. Brotman, « The intimate lives of older adults living with HIV: a qualitative study of the challenges associated with the intersection of HIV and ageing », *Ageing & Society*, 38(12) (2018) p. 2490-2518.
- ⁶⁹ C. H. Logie, L. James, W. Tharao et M. Loutfy, supra note 66.
- ⁷⁰ Ibid.
- ⁷¹ Réseau juridique canadien VIH/sida. *Les programmes de seringues en prison : mythes et réalités*, 2019. En ligne : www.hivlegalnetwork.ca/site/prison-based-needle-and-syringe-programs/?lang=fr.
- ⁷² K. Shannon, et coll., « Mapping violence and policing as an environmental structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work », *International Journal of Drug Policy*, 19(2) (2008): p. 140-147.
- ⁷³ C. H. Logie, L. James, W. Tharao et M. Loutfy, « 'We don't exist': a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada », *Journal of the International AIDS Society*, 15(2) (2012) p. 1-11.
- ⁷⁴ C. H. Logie, L. James, W. Tharao, M. Loutfy, supra note 66.
- ⁷⁵ Ibid.
- ⁷⁶ J. Adams, C. Nowels, K. Corsi et coll., « HIV risk after release from prison: a qualitative study of former inmates », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 57(5) (2011) pp. 429-434.
- ⁷⁷ Ibid.
- ⁷⁸ Ibid.
- ⁷⁹ C. H. Logie, L. James, W. Tharao et M. Loutfy, supra note 73.
- ⁸⁰ C. H. Logie, L. James, W. Tharao et M. Loutfy, supra note 66.

- ⁸¹ K. Czyzewski, « Colonialism as a Broader Social Determinant of Health », *International Indigenous Policy Journal*, 2(1) (2011). En ligne : <https://ojs.lib.uwo.ca/index.php/iiipj/article/view/7337>.
- ⁸² Cedar Project Partnership, M. E. Pearce, W. M. Christian, K. Patterson, K. Norris, A. Moniruzzaman et coll., « The Cedar Project: Historical trauma, sexual abuse and HIV risk among young Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities », *Social Science & Medicine*, 66(11) (2008), p. 2185-94.
- ⁸³ J. Negin, C. Aspin, T. Gadsden, C. Reading, « HIV Among Indigenous peoples: A Review of the Literature on HIV-Related Behaviour Since the Beginning of the Epidemic », *AIDS and Behavior*, 19(9) (2015), p. 1720-34; K. Czyzewski, supra note 81; et N. Adelson, « The Embodiment of Inequity », *Revue canadienne de santé publique*, 96(2) (2005).
- ⁸⁴ C. H. Logie, L. James, W. Tharao et M. Loutfy, supra note 66.
- ⁸⁵ Nations Unies, *Déclaration universelle des droits de l'homme (édition illustrée)*, 2015. En ligne : www.un.org/fr/udhrbook/pdf/udhr_booklet_fr_web.pdf.
- ⁸⁶ Loi constitutionnelle de 1982, édictée comme l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R.-U.), 1982, ch. 11 (*Charte canadienne des droits et libertés*).
- ⁸⁷ R. Elliott et J. Gold, « Protection contre la discrimination au motif de l'infection à VIH ou du sida : le cadre juridique au Canada », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 10(1) (2005) pp. 22-35.
- ⁸⁸ *Loi canadienne sur les droits de la personne*, L.R.C., 1985, ch. H-6.
- ⁸⁹ R. Elliott et J. Gold, supra note 87.
- ⁹⁰ Commission de vérité et réconciliation du Canada, *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*, 2015. En ligne : http://trc.ca/assets/pdf/Calls_to_Action_French.pdf.
- ⁹¹ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Le VIH/sida et les droits de l'homme - Directives internationales*, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2006. En ligne : www.ohchr.org/documents/publications/hivaidsguidelinesfr.pdf.
- ⁹² Commission mondiale sur le VIH et le droit, *Risques, droits et santé - Supplément*, 2018. En ligne : https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2019/11/Hiv-and-the-Law-supplement_FR.pdf.
- ⁹³ Réseau juridique canadien VIH/sida, *La criminalisation de la non-divulgence du VIH au Canada : situation actuelle et besoin de changement*, 2019. En ligne : www.hivlegalnetwork.ca/site/the-criminalization-of-hiv-non-disclosure-in-canada-report/?lang=fr. Voir aussi C. Hastings, N. Massaquoi, E. Mykhalovskiy et R. Elliott, 2021 (à paraître).
- ⁹⁴ E. Mykhalovskiy, C. Hastings, C. Sanders, M. Hayman et L. Bisailon, « 'Callous, Cold and Deliberately Duplicitous': Racialization, Immigration and the Representation of HIV Criminalization in Canadian Mainstream Newspapers » (22 novembre 2016). En ligne : <https://ssrn.com/abstract=2874409> ou <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2874409>.
- ⁹⁵ Réseau juridique canadien VIH/sida, supra note 93.
- ⁹⁶ Réseau juridique canadien VIH/sida, *Mettre fin à la criminalisation du VIH au Canada : Mémoire présenté au Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes*, 2019. En ligne : www.hivlegalnetwork.ca/site/brief-to-the-house-of-commons-standing-committee-on-justice-and-human-rights/?lang=fr.
- ⁹⁷ Réseau juridique canadien VIH/sida, supra note 93.
- ⁹⁸ Ministère de la Justice Canada, « Le procureur général du Canada émettra une directive concernant les poursuites relatives aux cas de non-divulgence du VIH », communiqué de presse, Ottawa, 1^{er} décembre 2018. En ligne : www.canada.ca/fr/ministere-justice/nouvelles/2018/12/le-procureur-general-du-canada-emettra-une-directive-concernant-les-poursuites-relatives-aux-cas-de-non-divulgence-du-vih.html.
- ⁹⁹ F. Barré-Sinoussi, S. S. Abdool Karim, J. Albert, L.-G. Bekker, C. Beyrer, P. Cahn et coll., supra note 15.
- ¹⁰⁰ National AIDS Trust, supra note 60.
- ¹⁰¹ *Loi réglant certaines drogues et autres substances*, L.C. 1996, ch. 19.
- ¹⁰² K. M. Follett, A. Piscitelli, M. Parkinson, F. Munger, « Barriers to calling 9-1-1 during overdose emergencies in a Canadian context », *Critical Social Work*, 15(1) (2014).
- ¹⁰³ *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*, L.C. 2017, ch. 4.
- ¹⁰⁴ Réseau juridique canadien VIH/sida, *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose : le bon, le mauvais et l'inefficace*, 2020.
- ¹⁰⁵ E. van der Meulen, S. Chu et J. Butler-McPhee, « 'That's why people don't call 911': Ending routing police presence at overdoses », *International Journal of Drug Policy* (2021) 88.
- ¹⁰⁶ Voir, par exemple, L. Beletsky, J. Cochrane, A. L. Sawyer, C. Serio-Chapman, M. Smelyanskaya, J. Han et coll., « Police Encounters Among Needle Exchange Clients in Baltimore: Drug Law Enforcement as a Structural Determinant of Health », *American Journal of Public Health*, 105(9) (2015); L. Beletsky, D. Heller, S. M. Jenness, A. Neaigus, C. Gelpi-Acosta et H. Hagan, « Syringe access, syringe sharing, and police encounters among people who inject drugs in New York City: a community-level perspective », *International Journal of Drug Policy*, 25(1) (2014) p. 105-11; H. L. Cooper, D. C. Des Jarlais, B. Tempalski, B. H. Bossak, Z. Ross et S. R. Friedman, « Drug-related arrest rates and spatial access to syringe exchange programs in New York City health districts: combined effects on the risk of injection-related infections among injectors », *Health & Place*, 18(2) (2012) p. 218-28; et E. Wood, T. Kerr, W. Small, J. Jones, M. T. Schechter et M. W. Tyndall, « The impact of a police presence on access to needle exchange programs », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34(1) 2003, p. 116-8.
- ¹⁰⁷ *Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation*, L.C. 2014, ch. 25.
- ¹⁰⁸ K. Shannon, *La prévention du VIH, la criminalisation et le travail du sexe : Où en sommes-nous?*, CATIE, 2016. En ligne : www.catie.ca/fr/pdm/automne-2016/prevention-vih-criminalisation-travail-sexe-ou-sommes-nous; et K. Shannon, S. A. Strathdee, S. M. Goldenberg, P. Duff, P. Mwangi, M. Rusakova et coll., « Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants », *The Lancet*. 385(9962) (2015), p. 55-71.
- ¹⁰⁹ S. Chu, J. Clamen et T. Santini, *Les dangers de la « protection » : Expériences de travailleuses du sexe en lien avec les forces de l'ordre en Ontario*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2019.
- ¹¹⁰ Ibid.
- ¹¹¹ National AIDS Trust, supra note 60.
- ¹¹² National Institutes of Health, supra note 21.
- ¹¹³ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, supra note 57.
- ¹¹⁴ K. C. Davis, *Discretionary justice: a preliminary inquiry*, (Westport [CT]: Greenwood Press, 1980).
- ¹¹⁵ Commission ontarienne des droits de la personne, *Un impact disparate : Deuxième rapport provisoire relatif à l'Enquête de la Commission ontarienne des droits de la personne sur le profilage et la discrimination raciale par le service de police de Toronto*, 2020. En ligne : www.ohrc.on.ca/fr/un-impact-disparate-deuxieme-rapport-provisoire-relatif-a-lenquete-de-la-commission-ontarienne-des; et S. Wortley et M. Jung, *Racial Disparity in Arrests and Charges An analysis of arrest and charge data from the Toronto Police Service*, Commission ontarienne des droits de la personne, 2020. En ligne : <http://www3.ohrc.on.ca/sites/default/files/Racial%20Disparity%20in%20Arrests%20and%20Charges%20TPS.pdf>.

- ¹¹⁶ A. Owusu-Bempah et A. Luscombe, « Race, cannabis and the Canadian war on drugs: An examination of cannabis arrest data by race in five cities », *International Journal of Drug Policy* (2020).
- ¹¹⁷ La politique du VPD mise sur la stratégie à quatre piliers en matière de drogues qui a été initialement conçue en Europe, puis adoptée par le gouvernement canadien dans le cadre de sa stratégie sur les drogues et substances. Les piliers sont : prévention, application de la loi, réduction des méfaits et traitement.
- ¹¹⁸ Vancouver Police Department, *Vancouver Police Department Drug Policy*, 2006. En ligne : <https://vancouver.ca/police/assets/pdf/reports-policies/vpd-policy-drug.pdf>.
- ¹¹⁹ Comité spécial sur la décriminalisation des drogues illicites, *Décriminalisation pour la simple possession de drogues illicites : Exploration des répercussions sur la sécurité publique et la police*, Association canadienne des chefs de police, juillet 2020.
- ¹²⁰ Guide du Service des poursuites pénales du Canada, « Ligne directrice du directeur donnée en vertu de l'article 3(3)(c) de la *Loi sur le directeur des poursuites pénales* », août 2020.
- ¹²¹ Vancouver Police Department. (2006). *Overdose policy: 11.04 Guidelines for Police Attending Illicit Drug Overdoses*. Appendix 1: Existing/Proposed Procedure. Planning and Research Section, Board Report #0648.
- ¹²² DPRA Canada, *Une approche renouvelée en matière de services de police dans les collectivités autochtones – Rapport sommaire sur les mobilisations : Ce que nous avons entendu*, préparé pour Sécurité publique Canada, 2014. En ligne : www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rnwd-pprch-plcng-ndgns-cmmnts/index-fr.aspx; et N. A. Jones, R. G. Mills, R. Ruddell, et K. Quinn, *Policing in First Nation Communities: Community Perspectives*, Collaborative Centre for Justice and Safety, 2015. En ligne : www.justiceandsafety.ca/rsu_docs/policing-first-nations---community-perceptions---29-feb-2016-final.pdf.
- ¹²³ E. Fast, S. Puskas, V. Boldo, et R. Deutsch, *Guide de sensibilisation à la culture autochtone à l'intention du SPVM*, Réseau pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone à Montréal, 2016. En ligne : <http://reseaumtlnetwork.com/wp-content/uploads/2019/02/Cultural-TrainingManualforSPVMPoliceOfficers-FR.pdf>; Association des gestionnaires de santé des Premières Nations, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, et L. Keith, *Cheminer ensemble : Renforcer la compétence culturelle autochtone dans les organismes de santé*, 2020. En ligne : www.cfhi-fcass.ca/docs/default-source/itr/tools-and-resources/indigenous-cultural-competency-primer-f.pdf; Ontario Provincial Police Field Support Bureau Provincial Command, Field & Traffic Services, *A Framework for Police Preparedness for Aboriginal Critical Accidents*, sans date. En ligne : www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/inquiries/ipperwash/policy_part/projects/pdf/OPP_Appendix_E_Framework_for_Police_Preparedness.pdf; et G. McNeilly, *Une confiance trahie : Les Autochtones et le Service de police de Thunder Bay*, Bureau du directeur indépendant de l'examen de la police, 2018. En ligne : <http://oiprd.on.ca/wp-content/uploads/OIPRD-BrokenTrust-FR.pdf>.
- ¹²⁴ Ontario Provincial Police Field Support Bureau Provincial Command, Field & Traffic Services, supra note 124, et G. McNeilly, supra note 124.
- ¹²⁵ Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, Volume 1b*, 2019. En ligne : www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-final-volume-1b.pdf.
- ¹²⁶ Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, Volume 1a*, 2019. En ligne : www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-final-volume-1a-1.pdf.
- ¹²⁷ K. Kirkup, *Best Practices in Policing and LGBTQ Communities in Ontario*, OACP Diversity Committee November 2013. En ligne : https://kylekirkup.files.wordpress.com/2013/11/oacp_lgbtq.pdf.
- ¹²⁸ G. McNeilly, supra note 123.
- ¹²⁹ Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, supra note 126.

Annexe A - Liste des intervenant-es

Équipe de Recherche

Informateur(-trice)s clés

Kerry Porth

Pivot Legal Society

Piotr Burek

Vancouver Island Persons living with HIV/AIDS Society

Brett Tabor**Simon Goff**

Pacific AIDS Network

Randy Davis

The Gilbert Centre

Patrick Soje

Africans In Partnership Against AIDS

Gerard Yetman

AIDS Committee of Newfoundland and Labrador

Lori O'Brien

AIDS Coalition of Nova Scotia

Eva Simone

Black Coalition for AIDS Prevention (Black CAP)

Alison Clancey

SWAN Vancouver Society

Monica Forrester

Maggie's Sex Workers Action Project

Sipiwe Mapfumo

HIV Community Link

John Maxwell

ACT

Cybelle Rieber

PEERS Alliance

Diane Bailey

Mainline

Sean LeBlanc

Drug User Advocacy League

Andrew Beckerman

Militant vivant avec le VIH

Haran Vijayanathan

Alliance for South Asian AIDS Prevention

David Soomarie

Militant vivant avec le VIH

Représentant-es de la police

Henry Dyck

Toronto Police Service

Jeff McGuire

Ontario Association of Chiefs of Police

Cam Lawson

Vancouver Police Department

Andrew Butler

Barrie Police Training Unit

Deux policier(-ière)s anonymes

Toronto Police Service

Équipe de Révision du Manuel

Représentant-es de populations clés

Eva Simone

Black CAP

Haran Vijayanathan

Alliance for South Asian AIDS Prevention

Caitlyn Kasper

Aboriginal Legal Services

Sean LeBlanc

Drug User Advocacy League

Représentant-es de la police

Jean Turner

GRC

Cameron Lawson

Vancouver Police Department

Dale Quiring

Vancouver Police Department

Henry Dyck

Toronto Police Service

Annexe B - La vulnérabilité au VIH, du cellulaire au sociétal

| Échelle d'influence | Description | Exemples |
|----------------------------|---|--|
| Cellulaire | Facteurs qui augmentent la susceptibilité biologique du corps à l'infection par le VIH au niveau cellulaire ou moléculaire. | <ul style="list-style-type: none"> La présence de certaines infections transmissibles sexuellement (p. ex., chlamydia, gonorrhée, syphilis) peut augmenter l'inflammation et la réponse immunitaire dans la région génitale. Cela augmente la possibilité d'infection par le VIH pendant une exposition Des plaies dans la bouche, l'anus, le pénis ou le vagin peuvent créer des ouvertures par lesquelles le VIH peut entrer dans le corps lors de contacts sexuels |
| Individuel | Facteurs personnels, psychologiques ou comportementaux tels que les connaissances, attitudes et compétences qui influent sur le risque lié au VIH. Il est important de noter que même si plusieurs de ces facteurs semblent relever du choix individuel, ils sont souvent influencés par des déterminants sociaux et structurels au-delà du contrôle de l'individu. | <ul style="list-style-type: none"> Un manque de connaissance des modes de transmission du VIH Comment et avec qui on a des relations sexuelles Comment et avec qui on consomme ou partage des drogues La stigmatisation intériorisée (processus par lequel une personne commence à adopter ou à croire des attitudes négatives de gens de son entourage à propos du VIH) |
| Interpersonnel | Facteurs de risque lié au VIH qui interviennent entre des individus dans leurs interactions sociales du quotidien. | <ul style="list-style-type: none"> La stigmatisation (attitudes et croyances négatives à l'égard des personnes vivant avec le VIH ou affectées par celui-ci) La discrimination (traitement préjudiciable des personnes vivant avec le VIH ou affectées par celui-ci, souvent basé sur la stigmatisation) L'isolement/exclusion sociale (résultant de la stigmatisation et de la discrimination) |
| Communautaire | Facteurs locaux qui influencent le risque lié au VIH dans toute une communauté. | <ul style="list-style-type: none"> Les normes sociales relatives à l'utilisation du condom ou à la consommation de drogues au sein d'une communauté La disponibilité et l'accessibilité du dépistage du VIH dans un secteur géographique La disponibilité et l'accessibilité des ressources de prévention du VIH (sites de consommation supervisée, cliniques de PrEP) dans un secteur géographique La qualité et la couverture des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH dans un secteur géographique |
| Sociétal/Structurel | Lois, politiques et forces systémiques qui influencent directement ou indirectement le risque lié au VIH à tous les autres niveaux. | <ul style="list-style-type: none"> Des politiques économiques qui aggravent la pauvreté des populations prioritaires Des lois qui stigmatisent les populations prioritaires et qui violent leurs droits humains Des lois et politiques qui limitent l'accessibilité des ressources de dépistage, de traitement et de prévention du VIH Le racisme, le sexisme, l'homophobie et d'autres croyances sociétales profondément ancrées, qui renforcent la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'encontre de populations prioritaires |

Annexe C - Conseils pour l'adoption et la mise en œuvre

Introduction

Ce manuel de formation propose des contenus éducatifs clés à l'intention des services de police, afin d'accroître leurs connaissances et la sensibilisation au VIH, au VHC et aux enjeux connexes et de diminuer l'influence de la stigmatisation dans leur travail.

La présente annexe offre des lignes directrices **sur la mise en œuvre et l'adoption de la formation, à l'intention des cadres supérieur-es de la police ou des agent-es en position de leadership qui souhaitent améliorer la formation fournie à leur personnel ou à leurs divisions respectives**. Son contenu repose largement sur les principes du modèle transculturel (MTC) de la motivation autonome et sur la philosophie de la police communautaire. Elle comporte deux sections :

- La première présente les principales composantes du MTC pour aider les cadres supérieur-es à accroître la motivation autonome des agent-es afin d'arriver à un changement comportemental.
- La seconde propose des moyens pour créer des environnements institutionnels qui aident les agent-es à modifier leurs pratiques afin de réduire l'impact des services policiers sur l'accès aux services de santé pour les populations prioritaires.

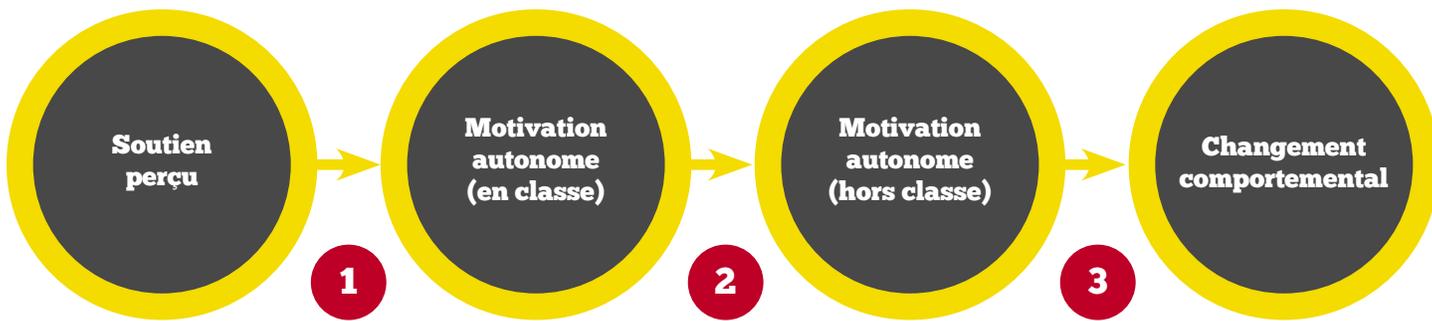
Section I : Le modèle transculturel - Une théorie du changement

Un récent examen de portée a révélé que plusieurs programmes de formation policière sur la réduction des méfaits ne s'appuient pas sur des théories adéquates pour renforcer les résultats éducatifs et le changement comportemental (réf. 1). Une formation policière reposant sur des théories de l'apprentissage des adultes, du comportement et/ou du changement organisationnel peut aider à identifier des objectifs concrets et des impacts potentiels lors de la conception des programmes éducatifs, de leur mise en œuvre et de l'évaluation de leur impact sur la pratique (réf. 1). Le projet ESCUDO, mis en œuvre à Tijuana, Mexique (réf. 2) et basé sur le modèle transculturel (MTC) de la motivation autonome (réf. 3), est un exemple de programme éducatif sur la prévention du VIH et la sécurité professionnelle des policiers et policières qui a reçu une évaluation positive.

La « motivation autonome » est le sentiment d'agentivité personnelle lorsque l'on fait quelque chose sans besoin de renforcement externe. Le MTC aide à comprendre comment générer cette motivation dans un cadre éducatif et la transposer en changement comportemental réel, hors du cadre éducatif. Initialement conçu pour l'éducation physique, le MTC a depuis été appliqué et évalué efficacement dans divers cadres éducatifs, notamment des programmes d'éducation et de prévention des blessures chez les policiers et policières (réf. 2 et 4).

Le MTC s'articule autour de trois propositions centrales, décrites ci-dessous, qui forment la théorie du changement pour cette intervention éducative. Celle-ci illustre comment certaines conditions ou certains facteurs peuvent produire des résultats intermédiaires qui peuvent ensuite conduire au résultat final souhaité - dans ce cas, des pratiques policières qui favorisent et n'entravent pas l'accès aux services de santé pour les personnes vivant avec le VIH et le VHC ou affectées par ceux-ci (réf. 5). Nous présentons ci-dessous le MTC tel qu'il s'applique à cette intervention éducative. Nous indiquons également à quelle étape et de quelle façon les agent-es occupant des postes de direction peuvent soutenir les progrès vers ce résultat souhaité.

La théorie du changement du MTC :



Proposition 1 – Le soutien perçu des cadres supérieur-es/agent-es leaders prédit la motivation autonome dans le cadre éducatif :

Les policiers et policières qui perçoivent que leurs dirigeant-es ou supérieur-es soutiennent leur apprentissage seront motivé-es à participer aux activités éducatives. Des membres du personnel qui se sentent soutenu-es dans leurs apprentissages sur le VIH ou le VHC en lien avec le travail policier seront plus motivé-es et susceptibles de participer à la formation.

Ce que les dirigeant-es peuvent faire – Ligne directrice 1 :

Même si l'éducation devrait cibler d'abord les policiers et policières les plus engagé-es en première ligne auprès des populations prioritaires, le MTC prévoit un rôle pour les cadres supérieur-es dans la prestation de la formation, la facilitation, ou du moins l'encouragement à cet égard. Les agent-es occupant des postes de leadership peuvent appuyer activement et vivement cette formation dans leurs départements respectifs, notamment en présentant avec conviction et pertinence les raisons de sa nécessité (p. ex., nécessité d'aligner les pratiques policières sur la santé publique; de respecter la santé et les droits humains des populations prioritaires); de plus, ils et elles devraient éviter les directives ou les ordres condescendants qui nuisent aux objectifs éducatifs, et fournir des rétroactions tout au long de la formation (réf. 6).

Proposition 2 – La motivation autonome dans le cadre éducatif prédit la motivation autonome à appliquer les notions apprises hors du cadre éducatif :

Les policiers et policières qui sont motivé-es à se renseigner sur le VIH/VHC, la réduction de la stigmatisation et la promotion de la santé dans un cadre éducatif sont plus susceptibles d'être motivé-es à appliquer ces apprentissages hors du cadre éducatif (c'est-à-dire en première ligne de la prestation des services).

Ce que les dirigeant-es peuvent faire – Ligne directrice 2 :

Si possible, organisez une formation en personne en complément à la distribution du matériel de formation. Cette formation devrait comporter des activités d'apprentissage actif et dynamique qui stimulent la motivation autonome en classe. Ces activités peuvent inclure des vérifications de connaissances, des discussions de groupe, des remue-méninges et des jeux de

rôle réalistes (réf. 7 et 8). Le manuel de formation de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime propose un certain nombre d'activités intéressantes dont les moniteur(-trice)s peuvent s'inspirer (réf. 9). Afin d'établir des partenariats collaboratifs et de les renforcer, la formation pourrait également être coanimée par des représentant-es de populations prioritaires et des services de santé publique.

Proposition 3 – La motivation autonome hors du cadre éducatif prédit l'intention d'appliquer les notions acquises et favorise le changement comportemental réel :

Les policiers et policières qui sont motivé-es à appliquer les pratiques apprises en classe sont plus susceptibles d'adopter des attitudes, des croyances et des intentions favorisant des pratiques qui ne perpétuent pas la stigmatisation et qui respectent la santé et les droits humains hors du cadre éducatif. Ces facteurs psychosociaux sont des prédicteurs du changement comportemental réel en première ligne – c'est-à-dire des pratiques policières qui favorisent plutôt que d'entraver l'accès aux services de santé pour les personnes vivant avec le VIH et le VHC ou affectées par ceux-ci.

Ce que les dirigeant-es peuvent faire – Ligne directrice 3 :

Comme dans tout apprentissage, l'aspect le plus difficile du MTC est d'assurer un changement comportemental réel. Les dirigeant-es et leaders devraient s'assurer que les conditions préalables au changement comportemental (précisées dans le MTC) sont satisfaites tout au long de la formation. Par exemple, demandez aux agent-es de police de première ligne s'ils et elles se sentent soutenu-es ou encouragé-es à participer à la formation. Invitez-les à évaluer le matériel pédagogique et les méthodes d'enseignement et à décrire leur degré de motivation à se renseigner sur les enjeux. Invitez-les à répondre à un sondage pour vérifier si leurs connaissances sur le VIH et le VHC ont évolué après la formation et s'ils et elles se sentent mieux outillé-es pour interagir avec les membres des populations prioritaires et pour effectuer leur travail tout en favorisant l'accès aux services de santé. Les dirigeant-es peuvent également renforcer le changement comportemental en adoptant les principes clés de la philosophie de la police communautaire, notamment la création de partenariats communautaires et d'environnements institutionnels favorables (voir la Section II).

Section II : Créer un environnement institutionnel plus propice à la modification des pratiques policières afin de réduire l'impact sur l'accès aux services de santé pour les populations prioritaires

Ce que les dirigeant-es peuvent faire – Ligne directrice 4 : Les responsables et dirigeant-es de la police ont pour responsabilité de créer un environnement institutionnel qui permet aux policiers et policières d'accomplir leur travail tout en favorisant l'accès aux services de santé pour les populations prioritaires, plutôt que d'y nuire. Nous présentons ci-dessous des mesures pratiques pouvant être adoptées pour contribuer à créer un environnement institutionnel plus habilitant (réf. 9) :

1. Participez à l'éducation ou à la formation sur le VIH et le VHC afin de démontrer que la direction accorde une importance à ces enjeux dans le développement professionnel des agent-es de police.
2. Encouragez la formation de l'ensemble du personnel, mais particulièrement des agent-es de première ligne. Établissez un plan pour la prestation de la formation, incluant le contenu du présent manuel. Quelques questions à considérer :

- a. Qui animera la formation?
 - b. Où la formation se tiendra-t-elle?
 - c. La formation nécessitera-t-elle un diaporama ou d'autre matériel pédagogique comme des documents à distribuer ou une vidéo?
 - d. Comment pourrais-je impliquer des expert-es en santé publique, des membres des populations prioritaires et des organismes communautaires œuvrant auprès de ces populations, dans la prestation de la formation?
 - e. Y a-t-il des organismes de la communauté avec lesquels je pourrais établir des partenariats viables et mutuellement bénéfiques? Comment puis-je les approcher?
3. Collaborez avec d'autres cadres supérieur-es, y compris d'autres divisions et départements, au besoin, pour promouvoir une formation rehaussée, des partenariats communautaires et des changements organisationnels.

Ce que les dirigeant-es peuvent faire - Ligne directrice 5 :

À mesure que le soutien à cette formation s'élargit, les cadres supérieur-es peuvent prendre d'autres mesures concrètes pour promouvoir un environnement institutionnel favorable (réf. 9). Notamment :

1. Adopter officiellement une mission divisionnaire qui reconnaît la responsabilité professionnelle de la police de respecter la santé et la sécurité publiques, en particulier dans les populations prioritaires.
 2. Concevoir et mettre en œuvre des protocoles opérationnels standard (POS) ou des politiques départementales qui orientent la prestation des services de police de manière à ne pas entraver l'accès aux services de traitement et de soutien liés au VIH/VHC pour les populations prioritaires.
 3. Concevoir et mettre en œuvre des POS ou des politiques départementales qui réduisent le risque d'infection par le VIH ou le VHC au travail et qui protègent la santé et la sécurité des agent-es de police.
 4. Concevoir et mettre en œuvre des POS ou des politiques départementales qui guident les agent-es dans l'exercice de leur pouvoir discrétionnaire, de manière à réduire les impacts négatifs de l'interaction avec la police sur l'accès aux services liés au VIH et au VHC pour les populations prioritaires.
 5. Offrir des conditions de travail flexibles pour aider à maintenir la santé et le bien-être des agent-es et/ou de membres de leur famille qui pourraient vivre avec le VIH ou le VHC.
 6. Fournir un counseling et un dépistage volontaires du VIH et du VHC de même qu'un accès à des ressources de prévention et de traitement (si nécessaire) aux agent-es exposé-es au VIH et au VHC ou vivant avec ceux-ci.
 7. Établir des canaux de communication permanents avec les partenaires de la communauté et de la santé publique, y compris des organismes représentant les populations prioritaires ou œuvrant auprès de celles-ci.
8. Évaluer sur une base continue les partenariats avec la santé communautaire et/ou publique, en s'assurant que les indicateurs, les méthodes, l'analyse et la dissémination des résultats sont conçus en collaboration avec les partenaires.
 9. Militer pour tout changement ci-dessus qui n'est pas actuellement mis en œuvre ou accessible au personnel.

Ce que nous avons entendu : Une approche renouvelée en matière de services de police dans les collectivités autochtones

Comme l'indique le manuel de formation, les services de police devraient s'efforcer de rehausser leurs pratiques policières culturellement sûres pour les communautés autochtones. En se basant sur le rapport *Ce que nous avons entendu : Une approche renouvelée en matière de services de police dans les collectivités autochtones*, cette dernière section examine comment la police pourrait aligner davantage ses pratiques actuelles sur des modes d'application de la loi plus réactifs et sensibles (réf. 12).

Ce que les membres de la direction peuvent faire – Ligne directrice 6 : Selon le rapport *Ce que nous avons entendu*, le modèle de police communautaire souhaité par certaines communautés autochtones comporte trois éléments clés :

- 1. Une approche axée sur les problèmes :** Les modèles de services de police actuels sont excessivement punitifs et axés sur l'arrestation et l'incarcération. Cette orientation étroite écarte les modes de justice autochtones, qui sont davantage axés sur la justice réparatrice, la guérison collective et le retour de l'harmonie dans la communauté. Les communautés autochtones suggèrent plutôt une approche proactive axée sur les problèmes, qui se concentre moins sur le contrôle et davantage sur la sécurité publique, la prévention et la collaboration.
- 2. Approche double des services de police (application de la loi et prévention) :** Si le modèle conventionnel de services de police basés sur l'application de la loi ne peut pas être abandonné, une approche double devrait être adoptée. Plutôt que de réagir uniquement aux allégations de crime ou aux problèmes de sécurité publique immédiats, la police devrait investir des ressources dans la prévention de ces problèmes (par exemple, en orientant les personnes qui consomment des drogues vers des services de consommation supervisée).
- 3. Approche collaborative/intégrée :** Les approches 1 et 2 peuvent toutes deux être améliorées par des partenariats collaboratifs avec les principaux prestataires de services et intervenant-es de la communauté autochtone locale. Ces relations pourraient renforcer la confiance au sein de la communauté, tout en améliorant les pratiques policières d'orientation vers les services essentiels. Il faudra toutefois éviter de brouiller la ligne entre la police et les prestataires de services communautaires pour les populations prioritaires, car cela peut nuire à la confiance et à l'accessibilité des services.

Références :

1. T. Khorasheh, R. Naraine, T. M. Watson, A. Wright, N. Kallio, C. Strike, « A scoping review of harm reduction training for police officers: Police harm reduction training », *Drug Alcohol Rev*, 38(2) (2019), p. 131-50.
2. S. A. Strathdee, J. Arredondo, T. Rocha, D. Abramovitz, M. L. Rolon, E. Patiño Mandujano et coll., « A police education programme to integrate occupational safety and HIV prevention: protocol for a modified stepped-wedge study design with parallel prospective cohorts to assess behavioural outcomes », *BMJ Open*, 5(8) (2015).
3. M. S. Hagger et N. L. D. Chatzisarantis, « The Trans-Contextual Model of Autonomous Motivation in Education: Conceptual and Empirical Issues and Meta-Analysis », *Review of Educational Research*, 86(2) (2016) p. 360-407.
4. D. K-C. Chan, M. S. Hagger, « Autonomous forms of motivation underpinning injury prevention and rehabilitation among police officers: An application of the trans-contextual model », *Motivation and Emotion*, 36(3) (2012) p. 349-64.
5. Center for Theory of Change, *How Does Theory of Change Work?*, sans date. En ligne : www.theoryofchange.org/what-is-theory-of-change/how-does-theory-of-change-work/.
6. S. H. Cheon, J. Reeve, I. Moon, « Experimentally Based, Longitudinally Designed, Teacher-Focused Intervention to Help Physical Education Teachers Be More Autonomy Supportive Toward Their Students », *Journal of sport & exercise psychology*, 1(34) (2012) p. 365-96.
7. S. Mclachlan, M. Hagger, « Effects of an autonomy-supportive intervention on tutor behaviors in a higher education context », *Teaching and Teacher Education*, 1(26) (2010) p. 1204-10.
8. J. Reeve, H. Jang, « What teachers say and do to support students' autonomy during a learning activity », *Journal of Educational Psychology*, 98(1) (2006) p. 209-218. En ligne : <https://doi.org/10.1037/0022-0663.98.1.209>.
9. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Training Manual for law enforcement officials on HIV service provision for people who inject drugs*. 2014. En ligne : www.unodc.org/documents/hiv-aids/Lemanual/LE_Manual_on_HIV_services_for_people_who_use_drugs.pdf.
10. Community Oriented Policing Services (COPS), *Community Policing Defined*, US Department of Justice, 2014. En ligne : <https://cops.usdoj.gov/RIC/Publications/cops-p157-pub.pdf>.
11. Vancouver Police Department, *Vancouver Police Department Drug Policy*, 2006. En ligne : <https://vancouver.ca/police/assets/pdf/reports-policies/vpd-policy-drug.pdf>.
12. DPRA Canada, *Une approche renouvelée en matière de services de police dans les collectivités autochtones - Rapport sommaire sur les mobilisations : Ce que nous avons entendu*, préparé pour Sécurité publique Canada, 2014. En ligne : www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsracs/pblctns/rnwd-pprch-plcng-ndgns-cmmnts/index-fr.aspx.



1240, rue Bay, bureau 600, Toronto (Ontario) M5R 2A7
Téléphone : +1 416 595-1666

www.hivlegalnetwork.ca

Numéro d'immatriculation d'organisme de bienfaisance : 141110155 RR0001