REPENSER LA PRÉVENTION DE L'HÉPATITE VIRALE

Répondre aux systèmes qui génèrent des risques

ACTION HEPATITIS CANADA
ACTION HÉPATITES CANADA

Rapport 2026 et recommandations d'Action hépatites Canada à l'intention des responsables des politiques

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été produit par Action hépatites Canada avec le soutien financier d'AbbVie Corporation, de Cepheid, de Gilead Sciences Canada Inc., de GSK Canada et de Hbc Care. La traduction française de ce rapport a bénéficié du soutien financier du CATIE. Son contenu ne reflète pas nécessairement les points de vue des bailleurs de fonds.

Nous remercions le Réseau canadien sur l'hépatite C et le Réseau canadien du VHB pour leur soutien continu aux efforts d'élimination de l'hépatite virale au Canada. Merci également aux organismes membres d'Action hépatites Canada avec lesquels et pour lesquels nous travaillons, en particulier ceux qui ont contribué à ce rapport : CAAN, CATIE, le Cool Aid Community Health Centre, le Dr. Peter Centre, l'Edmonton Liver Clinic, le Réseau juridique VIH, le Manitoba Harm Reduction Network, le PAN, le PASAN, la RECAP Clinic, le Substance User Network of the Atlantic Region (SUNAR) et Vircan.

Nous sommes reconnaissant-es aux client-es et aux pair-es de RECAP et du Manitoba Harm Reduction Network qui nous ont fait part de leurs expériences.

Enfin, nous tenons à reconnaître les personnes affectées par l'hépatite virale et représentées dans les statistiques et les données figurant dans ce rapport. Vous êtes bien plus que des chiffres pour nous. Vous êtes notre famille, nos ami-es, nos collègues; nous nous tenons à vos côtés dans cette lutte pour éliminer l'hépatite virale en tant que menace pour la santé publique au Canada d'ici 2030.

RÉDIGÉ PAR

Jennifer van Gennip, directrice générale d'AHC

CONTRIBUTIONS ET RÉVISION

Anne-Rachelle Boulanger, Anton McCloskey, Bernadette Lettner, Carla Coffin, Chance Cordon, Chris Walker, Conar O'Neil, Denise Baldwin, Guillaume Fontaine, Janet Butler-McPhee, Jason Altenburg, Jennifer Demchuk, Kate Dunn, Lesley Gallagher, Madison Kennedy, Matthew Bonn, Mia Biondi, Michelle Pittman, Nadine Kronfli, Shane Calder, Shohan Illsley, Sofia Bartlett, Steve Colwell, Tamara Barnett

RECONNAISSANCE DU TERRITOIRE

Action hépatites canada représente des organismes membres de toutes les régions de l'île de la tortue, terres et territoires non cédés de nombreux groupes et communautés autochtones qui honorent cette terre et en prennent soin depuis des temps immémoriaux.

Déterminé-es à lutter contre les injustices et les inégalités en matière de santé, nous reconnaissons que bon nombre de ces préjudices découlent de l'histoire de la colonisation et de ses effets persistants, notamment de pratiques et d'institutions qui doivent être démantelées et redéfinies afin de respecter les peuples autochtones, leurs modes de connaissance et leurs manières d'être.

Nous nous engageons ensemble à réparer les torts et à bâtir un avenir plus juste pour tou-te-s.

CITATION

L'information contenue dans la présente publication peut être reproduite ou copiée sans permission. La citation suivante est recommandée :

Action hépatites Canada. Repenser la prévention de l'hépatite virale – Face aux systèmes qui génèrent des risques. Mai 2026. Accessible à : www.actionhepatitescanada.ca/repenserlaprevention

Pour accéder à la plus récente version de cette publication et pour plus d'information sur Action hépatites Canada, voir www.actionhepatitescanada.ca.

Contenu du rapport

Le Canada s'est engagé à éliminer l'hépatite virale en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. Les moyens d'y parvenir sont à notre disposition : l'hépatite C est à présent guérissable et des stratégies de prévention efficaces sont bien connues. L'hépatite B est gérable et peut être prévenue grâce à la vaccination.

La science a ouvert la voie à l'élimination de l'hépatite virale, mais les infrastructures déterminent qui peut en bénéficier. Au Canada, l'hépatite C continue d'affecter de manière disproportionnée les personnes qui utilisent des drogues, en particulier celles aux prises avec une situation de logement instable, la criminalisation et d'autres obstacles systémiques dans l'accès aux soins. Ces tendances ne résultent pas uniquement de comportements individuels; elles sont le reflet direct d'environnements qui permettent ou empêchent l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien.

Ce rapport traite plus particulièrement de l'hépatite C, car la réduction du nombre de nouvelles infections est l'élément essentiel de l'élimination de l'hépatite virale où le Canada réussit moins bien. Nous mettons l'accent sur le renforcement des infrastructures de prévention dans les environnements où l'exposition est courante. Les stratégies plus larges pour soutenir les personnes atteintes de troubles liés à l'utilisation de substances sont un élément important des politiques de santé publique, mais elles s'inscrivent dans des structures et des systèmes distincts qui dépassent le cadre de la présente analyse.

Tout au long de ce rapport, nous utilisons une terminologie qui rend compte de la manière dont la transmission de l'hépatite C se produit dans la réalité. Plutôt que de parler de comportements individuels ou de « groupes à risque », nous examinons comment les politiques, les pratiques institutionnelles et les lacunes dans les services créent des iniquités qui affectent la disponibilité des outils préventifs et les environnements où la transmission se produit. Une population n'est pas intrinsèquement à risque; ce risque résulte d'environnements qui sont influencés par des choix de politiques. Ce changement de perspective aide à déterminer où des actions ont le plus de chances de réduire le nombre de nouvelles infections.

Ce rapport s'adresse aux responsables des politiques, aux autorités de la santé publique, aux prestataires de soins de santé, aux organismes communautaires et aux militant-es de tous les secteurs. S'appuyant sur une consultation nationale, une analyse des politiques, l'expertise communautaire et la recherche sur la mise en œuvre, il applique à l'élimination de l'hépatite virale une approche pratique des systèmes. Il examine les interactions entre les politiques pénitentiaires, de santé, de logement, d'infrastructures de réduction des méfaits et d'application de la loi qui peuvent tantôt accroître le risque, tantôt le réduire. Il met en relief des exemples d'harmonisation qui favorisent la continuité des soins, préviennent les nouvelles infections et améliorent le bien-être communautaire.

L'élimination de l'hépatite virale n'est pas qu'un objectif de santé publique. C'est aussi une question de droits, d'équité et de responsabilisation des pouvoirs publics. Les gouvernements qui connaissent les environnements spécifiques où la transmission évitable se concentre ont la responsabilité de faire en sorte que la prévention, le dépistage, le traitement, la vaccination et les soins continus soient réellement accessibles dans ces milieux.

Table des matières

01 Contenu du rapport

02 L'écart en matière d'élimination

05 Un mot sur l'hépatite B

05 Des « groupes à risque » vers des « environnements à risque »

06 Comment les environnements à risque ont pris forme

07 Sources actuelles de risque de VHC

16 Une infrastructure de prévention qui réduit les risques

18 Recommandations

19 Conclusion

20 Références

L’écart en matière d’élimination

À PROPOS DES HÉPATITES B ET C

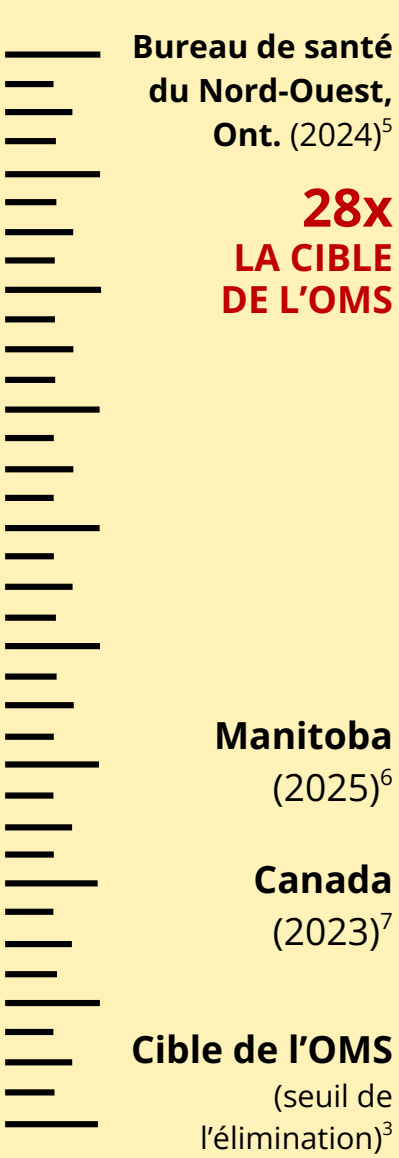
- L’hépatite B et l’hépatite C sont des infections du foie.
- Les virus de l’hépatite B (VHB) et de l’hépatite C (VHC) se transmettent le plus souvent par contact sanguin avec du sang infecté.
- Puisque les symptômes peuvent mettre des décennies à se manifester, de nombreuses personnes ne se rendent pas compte qu’elles sont infectées, même lorsque leur foie commence à être endommagé. Un test sanguin est la seule façon de confirmer une infection par le VHB ou le VHC.
- Une hépatite virale non traitée peut causer des **dommages au foie**, un **cancer** et le **décès**.
- Le VHB et le VHC sont les principales causes de maladie du foie et du besoin de transplantation du foie; ils font partie des maladies infectieuses dont le fardeau est le plus lourd au Canada.[1]
- On estime qu’au Canada 214 000 personnes vivent avec le VHC, et 262 000 avec le VHB.[2]
- **Selon les estimations, 24 personnes chaque semaine décèdent de complications liées au VHB ou au VHC.[2]**

PROGRÈS ET POINTS DE BLOCAGE

- Le Canada a approuvé en 2016 la stratégie mondiale du secteur de la santé contre l’hépatite virale, s’engageant à éliminer l’hépatite virale en tant que menace pour la santé publique d’ici 2023.[3]
- Le Canada a marqué des progrès considérables vers l’atteinte de plusieurs objectifs d’élimination, grâce à un accès élargi aux traitements curatifs contre le VHC et à l’amélioration du dépistage, résultant de nos efforts collectifs pour l’élimination.[4]
- Toutefois, un indicateur clé pour éliminer l’hépatite virale comme menace pour la santé publique – le nombre de nouveaux cas – reste en retard sur les objectifs.[2,4]
- De nombreuses provinces et le système pénitentiaire fédéral ont réalisé d’importants progrès pour éliminer les obstacles au traitement du vhc, mais plusieurs ont récemment abrogé des politiques de prévention, ce qui nuit aux efforts.

L’écart du Canada en matière d’élimination du VHC

Nombre de nouveaux cas diagnostiqués par 100 000 personnes



Afin que l’élimination demeure possible, la réduction des nouvelles infections doit faire partie intégrante de la réponse canadienne au VHC.

Le traitement permet de guérir l'hépatite C, mais pour parvenir à l'élimination il faut réussir également la prévention. Tant que les conditions propices à la transmission restent inchangées, la réinfection peut se produire et générer de nouveaux cas.

Les foyers d'infection par le VHC peuvent annoncer de futures épidémies de VIH

Les tendances observées en matière de transmission du VHC peuvent nous alerter à l'avance d'un risque plus large d'infections transmissibles par le sang.

Dans plusieurs régions, des foyers d'infection par le VHC ont précédé une recrudescence de la transmission du VIH là où les programmes de prévention ne parvenaient pas à joindre systématiquement les personnes concernées. La récente augmentation du nombre de diagnostics de VIH dans une région du Manitoba où la distribution de matériel pour l'utilisation plus sécuritaire de drogues a été interdite au palier municipal montre à quelle vitesse la transmission peut s'accélérer lorsque les mesures de prévention s'affaiblissent.

CE QUE LES DONNÉES RÉVÈLENT DE LA TRANSMISSION DU VHC

- Au Canada, environ 85 % des nouvelles infections par le VHC sont liées au partage ou à la réutilisation de matériel de consommation de drogues.[8]
- Cette statistique, souvent utilisée pour décrire qui est à risque, est plus utile pour comprendre comment les systèmes de prévention ne répondent pas aux besoins des gens.
- De plus en plus, la recherche montre que le risque de VHC ne dépend pas seulement des comportements individuels, mais aussi d'**environnements** économiques, sociaux et politiques plus larges qui ont une incidence sur l'accès à du matériel pour l'utilisation plus sécuritaire de drogues, à des soins de santé et à des conditions de vie stables.[9]
- **La réinfection** s'inscrit dans ce même contexte. Lorsque le VHC continue de circuler dans une communauté, les personnes peuvent être à nouveau exposées, même après un traitement réussi.

L'élimination est bénéfique pour des communautés entières

La réduction de la transmission du VHC renforce la santé publique pour tous et toutes. Lorsque moins de personnes sont exposées au VHC, le risque d'infection à la suite d'un contact sanguin imprévu diminue considérablement, de même que les expositions accidentelles dans la communauté.

Ainsi, l'élimination du VHC améliore la sécurité non seulement dans les environnements où le risque de transmission est le plus élevé, mais aussi à l'échelle des communautés.

Pour réduire l'écart en matière d'élimination, nous devons renforcer la prévention, le dépistage, le traitement et les soins dans les environnements où la transmission a lieu – il ne suffit pas d'identifier les populations les plus touchées.

Un mot sur l'hépatite B

- Bien que le présent rapport se concentre sur la réduction de la transmission du VHC, le VHB continue de jouer un rôle important dans la situation de l'hépatite virale au Canada.
- Contrairement au VHC, le VHB n'est pas encore guérissable; toutefois, il est **évitable grâce à la vaccination** et gérable par un traitement à long terme.
- Le VHB se transmet par le sang et certains autres liquides corporels, notamment lors de l'accouchement et par contact sexuel et contact sanguin. La plupart des personnes qui ont le VHB l'ont contracté à la naissance ou pendant la petite enfance en raison d'un contact avec du sang ou des liquides corporels infectés, ce qui illustre l'importance du dépistage et de la vaccination.
- Étant donné que la transmission peut se produire dans divers contextes d'exposition, qu'il s'agisse du milieu de soins, du domicile ou de la communauté, **la vaccination constitue la stratégie de prévention la plus efficace**.

POLITIQUES DE VACCINATION CONTRE LE VHB

L'Organisation mondiale de la Santé recommande de vacciner tous les nourrissons contre le VHB dans les 24 heures suivant la naissance. Cependant, cinq provinces du Canada (Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador) s'appuient sur des programmes de vaccination en milieu scolaire destinés aux adolescent-es. **Cette politique s'est avérée un échec, laissant les nourrissons exposé-es à la possibilité de contracter une infection par le VHB pour toute la vie.**[10]

Des lacunes subsistent également pour les personnes qui n'ont pas été vaccinées pendant l'enfance dans le cadre des programmes provinciaux antérieurs – ceci nécessite la mise en place de politiques de rattrapage vaccinal pour les adolescent-es et les adultes non vacciné-es.

À l'heure actuelle, la couverture de la vaccination contre le VHB chez les adultes relève d'un ensemble disparate de politiques différentes d'une province et d'un territoire à l'autre; toutefois, de nombreuses politiques provinciales proposent des campagnes de rattrapage de la vaccination contre le VHB à certaines catégories de population à risque accru, notamment les personnes qui utilisent des drogues et les personnes incarcérées.

RECOMMANDATIONS POUR LES POLITIQUES SUR LE DÉPISTAGE

Dans La prise en charge de l'hépatite B chronique : mise à jour 2025 des lignes directrices de l'Association canadienne pour l'étude du foie et de l'Association de microbiologie médicale et de maladies infectieuses du Canada,[11] on recommande **un dépistage universel unique du VHB** et **un test de dépistage systématique de l'hépatite delta (VHD)**. L'infection par le VHD ne peut se développer que chez une personne infectée par le VHB; il s'agit de la forme la plus grave d'hépatite virale chez l'humain, avec un taux deux à trois fois plus élevé de progression vers le cancer du foie et la cirrhose, ce qui rend essentielle la détection précoce.

Comme pour la prévention du VHC, la vaccination contre le VHB est particulièrement efficace lorsqu'elle est systématiquement disponible dans les établissements de santé et les structures communautaires où existent des risques d'exposition. Garantir un accès uniformément adéquat à la vaccination, au dépistage et au traitement du VHB reste une occasion importante pour renforcer l'infrastructure de prévention au Canada.

Des « groupes à risque » vers des « environnements à risque »

RECADRER LA COMPRÉHENSION DU RISQUE DE VHC

Les discussions de santé publique concernant le VHC et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) se sont souvent concentrées sur les « groupes à risque » ou les « comportements à risque élevé ». Ces termes visent à cibler les mesures de prévention et les soins. Cependant, ils peuvent sans qu'on le veuille cadrer des individus comme étant la source du risque, au lieu des facteurs sociaux, structurels et environnementaux plus larges qui déterminent l'exposition et la vulnérabilité.

L'expression « comportement à risque » met subtilement l'emphase sur les actions d'un individu plutôt que sur ce qui rend cette situation plus probable avant tout. En réalité, la transmission du VHC et des ITSS suit des schémas relatifs à l'accès (ou au manque d'accès) à du matériel pour la consommation plus sécuritaire de drogues, au dépistage, aux traitements, à des conditions de vie stables et à des soins adaptés à la culture et fournis dans une optique de soutien. Lorsque les infections se concentrent dans certaines communautés, cela témoigne de la façon dont fonctionnent les systèmes de prévention, et ne relève pas simplement de choix individuels.

LE RISQUE, L'ÉTAT ET LE CONTEXTE

Un cadre conceptuel qui permet d'expliquer cela plus clairement est celui de « risque, état et contexte », développé par le Dr Norman Zinberg dans son ouvrage de 1984 intitulé *Drug, Set, and Setting*.[12]

Zinberg a apporté une base scientifique à ce que les défenseur(-euse)s de la réduction des méfaits savaient depuis longtemps : les résultats de santé ne dépendent pas seulement des drogues ou des comportements, mais aussi des circonstances présentes. Le concept comporte trois éléments en interaction :

Risque : la drogue ou l'activité proprement dite et son potentiel de transmission ou d'autre préjudice.
État : les circonstances personnelles qu'un individu apporte dans une situation, y compris l'état de santé, les antécédents de traumatisme, la stabilité du revenu et le bien-être émotionnel.
Contexte : l'environnement physique et social ainsi que de politiques dans lequel une activité a lieu.

Ensemble, ces facteurs déterminent si une exposition est probable ou évitable.
Lorsque les personnes ont accès à du matériel pour une consommation plus sécuritaire, à des tests de dépistage, à des traitements et à un lieu stable pour vivre, la transmission diminue. Lorsqu'elles sont confrontées à la criminalisation, à la stigmatisation, à l'instabilité du logement ou à des services fragmentés, la probabilité d'exposition augmente.

Lorsqu'on fixe l'attention sur des populations plutôt que sur l'environnement, les conditions qui alimentent le risque de transmission peuvent être invisibles.

Des « populations prioritaires » vers des « environnements prioritaires »
Les personnes qui utilisent des drogues sont souvent considérées comme une population prioritaire pour la prévention du VHC. Cependant, ce n'est pas à proprement parler l'usage de drogues qui cause la transmission du virus.
Le VHC se transmet par contact sanguin, le plus souvent lorsque du matériel d'injection ayant déjà été utilisé par une personne qui a le virus est réutilisé par une autre. Dans les milieux où il est difficile d'avoir accès à du matériel d'injection plus sûr, au dépistage, aux traitements et aux services de soutien, ce type d'exposition est beaucoup plus probable. Ceci déplace la question, de qui est à risque, à où le risque est créé.

Comment les environnements à risque ont pris forme

Les environnements dans lesquels la transmission du VHC se produit aujourd'hui se sont développés au fil des décennies, sous l'effet de choix politiques, de pratiques institutionnelles et de choses que nous nous disons à nous-mêmes et entre nous au sujet de l'usage de drogues, de la pauvreté, de la santé mentale et de « l'ordre public ».

La manière dont une société conçoit les causes profondes d'un enjeu social détermine les réponses qui semblent appropriées. Lorsque nous nous disons que les préjudices sont principalement dus à de mauvais choix ou comportements, la punition et l'exclusion peuvent sembler justifiées. Lorsque l'on considère que les préjudices découlent de conditions sociales et structurelles, toutefois, la prévention, les soins et les environnements habilitants apparaissent alors comme des réponses plus claires et plus réalisables.

Au fil du temps, une stigmatisation structurelle a conditionné le choix des réponses et a été à son tour renforcée par ces choix, déterminant quelles personnes ont priorité en matière de santé, quels risques sont tolérés et quelles mesures sont socialement et politiquement acceptables.

Trois facteurs principaux reviennent constamment dans cette histoire :

LE MORALISME

- Les réponses à la consommation de drogues et à la pauvreté ont souvent été présentées comme relevant de la responsabilité individuelle plutôt que de la santé publique. Cette perception a influencé l'emplacement des services, la manière de les dispenser et les types de clientèle visés.
- Au Canada et dans d'autres pays qui ont un bagage colonial, les politiques sur les drogues ont été façonnées également par des **préjugés raciaux**, qui ont contribué à déterminer quelles communautés et quelles substances on considérait comme des menaces. Les premières lois, telles que la ***Loi sur l'opium***,[13] reflétaient ces idées reçues et ont contribué à des orientations politiques **axées sur le contrôle et la répression plutôt que sur la prévention et les soins**.
- Ces approches se sont poursuivies au cours des phases ultérieures de la lutte contre la drogue, notamment dans la « guerre aux drogues », qui a **élargi la criminalisation sans pour autant réduire la consommation de drogues**, et a contribué à créer des environnements de services où les outils de prévention n'étaient pas accessibles de manière uniforme.[14]
- Conjointement, le cadre moral et le fond de politiques racisées ont façonné des systèmes de prévention qui se sont développés de manière inégale selon les régions et les contextes, laissant certaines communautés avec un accès moins constant aux options favorables à la santé et davantage exposées à la criminalisation, ce qui continue d'influencer les environnements à risque aujourd'hui.

UN BIAIS LIÉ À LA GESTION DE LA VISIBILITÉ

- Les politiques publiques se sont souvent concentrées sur la **visibilité** des problèmes sociaux tels que le sans-abrisme, les campements, l'utilisation de drogues en public, le matériel de consommation de drogues jeté dans des lieux publics et les épisodes de santé mentale, plutôt que sur les **causes sous-jacentes**.
- Cela signifie que les choix quant à l'emplacement des centres d'accueil, aux modalités d'intervention des forces de l'ordre et aux types de services offerts ont été influencés par des **préoccupations liées à la visibilité** et à l'impact sur le quartier. Ces décisions déterminent où des infrastructures de prévention sont présentes ou non.
- Lorsque les services sont conçus principalement pour gérer la visibilité, l'accès devient, par nature, inégal.

DES SYSTÈMES DE SERVICES FRAGMENTÉS

- La santé, le logement, la santé mentale, les soins pour les dépendances, le système judiciaire, le système pénitentiaire et l'aide au revenu ne se sont pas développés comme un système coordonné. Chaque sphère s'est développée séparément, en fonction de missions, de structures de financement et de compétences gouvernementales différentes.
- Les personnes vont souvent d'un système à l'autre lors de périodes d'instabilité, mais ces systèmes ne sont pas conçus pour les accompagner dans leurs mouvements. Chaque transition peut interrompre l'accès aux outils essentiels pour prévenir la maladie, comme le dépistage, le traitement, le matériel sécuritaire et la continuité des soins.
- Ce manque de cohésion fait que les ruptures de service sont monnaie courante, en raison du mode de fonctionnement de ces services. Ensemble, ces schémas ont contribué à façonner les environnements dans lesquels la transmission du VHC se produit aujourd'hui.

BARRIÈRES DUES À LA CONCEPTION : ÉCART ENTRE L'ACCÈS SUR PAPIER ET LE RÉEL

Une autre tendance se manifeste systématiquement dans toutes les régions du pays : les services peuvent exister en théorie tout en étant extrêmement difficiles d'accès dans la réalité.
Des listes d'attente, des horaires limités, un manque de personnel, des critères d'admissibilité stricts et des procédures d'admission complexes rendent difficile l'accès à l'aide dont les gens ont besoin.

Voici quelques exemples :

- Certains services de réduction des méfaits ne sont accessibles que du lundi au vendredi, ce qui omet les soirées et les week-ends alors que c'est souvent à ces moments-là qu'on en a le plus besoin.
- Certains protocoles de traitement nécessitent de composer avec de multiples rendez-vous ou orientations vers des spécialistes.
- Des enjeux liés au personnel peuvent entraîner la suspension ou la limitation de programmes.
- De longs délais pour accéder à des services en matière de logement, de santé mentale ou de dépendance posent souvent un problème.
- Des personnes détenues dans des prisons provinciales de l'Ontario peuvent être contraintes de partager un coupe-ongles avec celles de toute leur section, les exposant ainsi à des traces de sang de plus de 200 individus.

En période de crise, les gens doivent souvent se débrouiller face à des systèmes complexes, alors même que bon nombre d'entre eux sont confrontés à des difficultés physiques, cognitives, neurologiques ou de santé mentale qui rendent cette navigation particulièrement ardue.

Des études indiquent qu'environ la moitié des usager(-ère)s des services en matière de sans-abrisme au Canada ont subi une lésion cérébrale au cours de leur vie.[15] Cette réalité a d'importantes implications pour la conception des systèmes de ces services et, vu le lien étroit entre le sans-abrisme et les ITSS, on doit la prendre en compte dans nos systèmes de prévention, de dépistage et de traitement. Certaines lésions cérébrales acquises sont liées à des surdoses et à d'autres préjudices liés à l'usage de drogues,[16] ce qui met en relief la nécessité d'un accès à faible barrière aux services de prévention, de dépistage et de traitement. Lorsque l'accès exige de se rendre à de multiples rendez-vous, de gérer diverses références ou de passer par des processus d'admission fastidieux, les programmes sont difficiles à utiliser même s'ils existent techniquement.

Dans plusieurs régions, des politiques axées sur l'abstinence ont été mises en place dans des contextes où l'accès aux services de traitement volontaire reste difficile en raison des listes d'attente, du manque de personnel ou des lacunes géographiques. Cela restreint encore davantage l'accès aux soins.

Sources actuelles de risque de VHC

Les taux de transmission de l'hépatite C ne sont pas uniformément répartis à travers le Canada.

Bien que les taux globaux d'infection par le VHC soient en légère baisse, les taux les plus élevés s'observent encore dans certaines régions de la Saskatchewan, du Manitoba et du nord de l'Ontario, reflétant des disparités de longue date dans l'accès aux infrastructures de prévention, au dépistage, au traitement et à des soins adaptés à la culture. De plus, ces tendances régionales coïncident avec les régions où les communautés autochtones constituent une part importante de la population et où des politiques coloniales affectent encore l'accès aux services de santé.

Une étude sur l'épidémiologie du VHC dans les provinces des Prairies montre que l'élargissement de l'accès aux traitements antiviraux à action directe a considérablement accru le recours au dépistage et au traitement, mais n'a pas suffi à lui seul à réduire les taux de transmission.[17] Ces résultats soulignent l'importance d'investir durablement dans les infrastructures de prévention, de pair avec la mise à l'échelle du traitement.

ENVIRONNEMENT DES POLITIQUES, MILIEUX INSTITUTIONNELS, ENVIRONNEMENTS SOCIAUX

- La transmission du VHC ne se fait pas au hasard. Elle suit des schémas prévisibles qui dépendent de l'accessibilité ou non des outils de prévention, des soins de santé ainsi que des soutiens sociaux.
- Le sociologue Tim Rhodes a développé l'idée du Dr Zinberg concernant l'influence du risque, de l'état et de l'environnement sur la santé. Il a démontré que le risque de contracter le VHC est influencé par divers facteurs sociaux, physiques, économiques et de politiques qui déterminent la facilité d'accès des gens aux options de prévention et de traitement.[9]
- À l'échelle du Canada, divers facteurs politiques, institutionnels et sociaux déterminent systématiquement le degré de risque d'exposition et dans quelles sphères la prévention, le dépistage et le traitement peuvent avoir le plus d'impact.
- Les six environnements décrits ci-dessous ne constituent pas une liste exhaustive des situations dans lesquelles un risque de transmission du VHC peut se présenter. Ils viennent plutôt mettre en évidence divers contextes clés dans lesquels des systèmes de prévention déterminent l'accès à du matériel sécuritaire, au dépistage et au traitement. Dans la pratique, ces environnements se recoupent souvent – et des facteurs structurels plus larges comme le racisme et la pauvreté influencent la manière dont le risque se manifeste simultanément dans plusieurs contextes.
- Il est important de noter que, dans tous ces environnements, les moments les plus à risque correspondent souvent à des phases de transition : arrestation, mise en liberté, congé d'hospitalisation, début ou fin d'une période en refuge, amorce ou fin d'un traitement, perte de logement ou déplacement d'une communauté à une autre. L'infrastructure de prévention doit donc être conçue dans une optique de continuité, et non pas uniquement en fonction de la disponibilité des programmes.

Les environnements de politiques contribuent à déterminer où se concentrent les risques. Les contextes institutionnels influencent comment la transmission se produit. Les environnements sociaux contribuent à déterminer qui est le plus touché dans un même lieu.

Environnements de politiques coloniales
Environnement de politiques pénales
Milieux carcéraux
Milieux des soins de santé
Milieux des refuges et du logement assisté
Environnements genrés et relationnels

Environnements de politiques coloniales

Les personnes autochtones du Canada sont affectées de manière disproportionnée par le VHC.[8]

En 2023, par exemple, le taux de nouveaux diagnostics de VHC dans les communautés des Premières Nations de la Saskatchewan (101,2 cas par 100 000 personnes) était environ trois fois plus élevé que le taux global de la Saskatchewan (32,3 cas par 100 000 personnes) et cinq fois plus élevé que le taux au Canada (19,4 cas par 100 000 personnes).[18] Cette tendance reflète les répercussions persistantes des politiques coloniales qui continuent d'influencer l'accès au logement, aux soins de santé et aux services de réduction des méfaits.

Les déplacements liés à la colonisation, l'héritage des pensionnats pour Autochtones, l'intervention des services de protection de l'enfance et les lacunes en matière de compétences entre les systèmes de santé fédéraux et provinciaux ont créé des obstacles persistants à l'accès aux services de prévention et à la continuité des soins. Ces obstacles sont particulièrement évidents dans les communautés nordiques, rurales et isolées, où l'accès au dépistage, au traitement et au matériel pour une utilisation plus sécuritaire de drogues peut être limité ou variable.

Les Autochtones sont également surreprésenté-es dans plusieurs des milieux de prise en charge abordés dans le présent rapport, notamment le milieu carcéral et les services d'aide en sans-abrisme. En 2023, les Autochtones représentaient 32 % de la population carcérale fédérale, alors qu'ils ne constituaient que 5 % de la population adulte totale du pays; les femmes autochtones représentaient environ la moitié de l'ensemble des femmes détenues dans les prisons fédérales.[19]

Pour réduire la transmission du VHC, on doit améliorer l'accès à la prévention, au dépistage et au traitement dans les communautés autochtones et soutenir des services de santé gérés par les Autochtones et conçus pour répondre aux besoins de leurs communautés.

Le Groupe d'experts sur la consommation de substances de Santé Canada a indiqué qu'« [u]n changement immédiat et complet en matière de politique est nécessaire pour rectifier les préjudices historiques et actuels subis par les peuples, les familles et les communautés des Premières Nations, Inuits et Métis. »[20]

> L'incarcération massive de personnes autochtones s'inscrit dans le prolongement direct des lois et politiques coloniales qui, depuis des générations, ont déplacé, criminalisé et marginalisé leurs communautés. La réduction des méfaits doit répondre à ces préjudices systémiques en soutenant des approches dirigées par les Autochtones et ancrées dans leur culture, qui permettent de redonner du pouvoir, l'autodétermination et le bien-être aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, tant en prison que dans la communauté.
> *– Trevor Stratton, gestionnaire des politiques de leadership autochtone, CAAN Communities, Alliances & Networks*

Environnements de politiques pénales

La criminalisation des drogues ne fait pas que punir a posteriori leur usage. Elle détermine où l'utilisation de drogues a lieu, de quelle façon et dans quelles conditions. Parce que la criminalisation contraint les personnes à des circonstances précipitées, clandestines, sous surveillance ou instables, elle entrave l'accès à du matériel permettant une utilisation plus sécuritaire, à des services de proximité en qui elles ont confiance ainsi qu'à des dépistages et des traitements. Cet environnement de politiques influence les modes de transmission, même lorsque des programmes de prévention existent dans d'autres parties du système de santé.

Les politiques qui criminalisent les drogues ont également des effets indirects sur le risque d'infection par le VHC en augmentant l'exposition au milieu carcéral et en perturbant la continuité des soins.

Des arrestations, une incarcération et de brèves périodes en détention peuvent interrompre les traitements, couper l'individu de son réseau de soutien local et réduire son accès aux outils de prévention. La criminalisation peut également dissuader des personnes de recourir aux services de santé par crainte d'être surveillées ou de subir des conséquences juridiques.

EXPANSION DE LA CAPACITÉ CARCÉRALE

Les projets d'augmenter considérablement la capacité carcérale en Ontario, présentés comme une réponse à la surpopulation dans les prisons, montrent bien que les gouvernements réagissent souvent aux conséquences des politiques d'incarcération en construisant davantage de prisons plutôt qu'en s'attaquant aux éléments des politiques qui alimentent l'incarcération, la détention provisoire et les risques de santé qui s'y rattachent.[21]

RETOUR À DES POLITIQUES CENTRÉES SUR L'ABSTINENCE

Certains gouvernements provinciaux ont récemment adopté des politiques de réponse à l'usage de drogues qui mettent davantage l'accent sur l'abstinence de drogues, tout en limitant l'accès aux services de réduction des méfaits et aux outils de prévention. En Alberta et en Ontario, par exemple, on a définancé et fermé des sites de consommation supervisée.[22, 23] En Ontario, ces sites sont remplacés par des « carrefours d'aide aux sans-abris et lutte contre les dépendances » axés sur le rétablissement et le traitement. Leur mise en place a été lente, ce qui a créé des ruptures de services, et il leur est interdit de fournir les services de réduction des méfaits.[24] Ces lacunes affectent l'accès au matériel permettant une utilisation de drogues plus sécuritaire, les références vers le dépistage ainsi que l'accès aux traitements et leur maintien, en particulier dans les communautés laissées sans options de rechange. On s'attend à ce qu'il en résulte une augmentation des taux de transmission du VHC.

De plus en plus, les politiques sur l'usage de drogues mettent l'accent sur un « rétablissement » fondé sur l'abstinence comme principal cadre de réponse. Or le soutien au rétablissement est important et peut profiter à certaines personnes, mais il ne peut pas remplacer une infrastructure de prévention des maladies. Miser sur l'abstinence comme la solution centrale à l'usage de drogues risque de détourner l'attention des infrastructures de prévention des préjudices et de faire oublier les conditions structurelles qui déterminent l'exposition aux risques.

> Malgré des preuves scientifiques solides à son appui, l'expansion des programmes de seringues et d'aiguilles demeure entravée par des politiques restrictives aux échelons mondial, régional et national, par une stigmatisation profondément ancrée, une discrimination ainsi qu'un sous-financement chronique. Les conséquences de l'inaction sont dévastatrices : nouvelles infections par des virus transmissibles par le sang, éclosions, épidémies non maîtrisées, décès évitables et aggravation des inégalités en matière de santé.
>
> *- Barriers to scaling up needle and syringe programmes: a global call to action, The Lancet Global Health*[25]

Un sérieux avertissement des Nations Unies au Canada

Un rapport publié en mars 2026 par le **Comité des droits de l'homme des Nations Unies** (CDH) souligne l'importance d'aborder l'usage de drogues et l'itinérance dans une perspective de santé publique et de droits humains.[26] Dans son examen de la mise en œuvre par le Canada du *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, le CDH a signalé des préoccupations quant aux cadres juridiques autorisant la détention sur la seule base de l'usage de drogues, à la criminalisation de l'usage de drogues dans les lieux publics et à l'accès insuffisant aux soins de santé dans les lieux de détention. Le CDH a recommandé l'on réponde à l'usage de drogues en s'appuyant principalement sur des considérations de santé publique, de réduction des méfaits et de droits humains, plutôt que sur des approches punitives.

Le CDH a également souligné que le droit à la vie implique pour les gouvernements des obligations positives consistant à garantir l'accès aux soins de santé essentiels et à s'attaquer à des problèmes tels que le sans-abrisme et la crise liée à la toxicité des drogues. Ces conclusions soulignent l'importance des infrastructures de prévention dans le cadre des engagements plus larges du Canada en matière de droits humains.

> La fermeture de 16 sites en 2025 et le définancement de huit services de consommation supervisée (SCS) restants, moins d'un an plus tard, constituent un démantèlement systématique du réseau provincial de SCS financés par les pouvoirs publics et fondés sur des données probantes, qui jouent depuis 2017 un rôle essentiel dans la lutte contre la crise actuelle liée à la toxicité des drogues dans les communautés de l'Ontario.
>
> *- What the Evidence Says about Defunding Ontario's Remaining Supervised Consumption Sites, mars 2026.*[27]

> La distribution adéquate de matériel de réduction des méfaits et l'accès à des services de réduction des méfaits sont essentiels à la prévention des nouvelles infections par le VHC.
>
> *- Santé publique Ontario*[28]

Milieux carcéraux

- Au Canada, les services correctionnels relèvent à la fois du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux.
- Les peines de deux ans et plus sont purgées dans des établissements gérés par le gouvernement fédéral, tandis que celles d'une durée inférieure à deux ans relèvent de la compétence des provinces et des territoires.
- Un programme d'échange de seringues en prison, très limité et lacunaire, est en place dans 14 des 43 prisons fédérales, mais aucune province ni aucun territoire n'offre de programme de distribution de matériel pour l'utilisation plus sécuritaire de drogues en prison.[29]

Selon une nouvelle étude, chaque dollar dépensé pour renforcer les programmes de seringues et d'aiguilles dans les prisons fédérales permettrait d'économiser deux dollars en coûts de traitement des infections par le VHC et des infections liées à l'injection.[30]

Les personnes incarcérées ont 40 fois plus de chances d'être exposées au VHC que la population générale du Canada,[31] ce qui fait des milieux carcéraux l'exemple le plus flagrant d'un environnement physique à risque.

De nombreuses personnes ont déjà le VHC à leur admission en prison mais ne suivent pas de traitement. D'autres perdent l'accès aux médicaments contre le VHC qu'elles prenaient dans la communauté. L'accès au dépistage est inégal dans les prisons. L'accès à du matériel pour l'utilisation plus sécuritaire de drogues est extrêmement limité, voire inexistant, dans la plupart des prisons et des centres de détention. L'accès aux options de traitement par agonistes opioïdes est de plus en plus restreint.[32] Ce récent changement de politiques affectera l'autonomie et la confiance des patient-es; il réduira leur maintien au traitement par agonistes opioïdes; et il affaiblira les stratégies très efficaces qui ont permis de maintenir une faible prévalence du VIH et du VHC dans les prisons fédérales.[32]

De plus, à leur sortie de prison, les personnes rencontrent souvent des obstacles à l'accès aux soins de santé dans la communauté. Quelle que soit l'approche politique d'un gouvernement à l'égard de la dépendance, la prévention des maladies transmissibles demeure une responsabilité fondamentale dans les environnements carcéraux et lors de la réinsertion dans la communauté. La prestation de soins aux personnes incarcérées au Canada est essentielle à l'élimination du VHC.

Bien que personne ne devrait avoir à passer par le système carcéral pour exercer son droit à la santé, l'incarcération peut constituer pour plusieurs une occasion d'accéder à des services, notamment des programmes de prévention, de dépistage et de traitement. Cela améliorera les résultats de santé individuelle et publique, en plus de réduire les coûts futurs pour le système.

> Oh mon Dieu, oui. Si on m'avait offert un traitement de l'hépatite C en prison, je l'aurais certainement accepté. Ça aurait été le moment idéal.
> *- Molly, Nouvelle-Écosse*

Milieux des soins de santé

Les hôpitaux, les services d'urgence et les programmes de traitement de la dépendance servent souvent de point de contact essentiel pour les personnes qui n'ont pas accès à des soins de santé primaires. Ces contacts ouvrent la porte à d'importantes occasions de dépistage, de vaccination, d'amorce de traitement et d'orientation vers des services communautaires, en particulier avec l'aide de pair-es navigateur(-trice)s. Cependant, dans plusieurs régions du pays, bon nombre de ces occasions ne sont toujours pas saisies, et le dépistage systématique de l'hépatite virale n'est pas encore systématiquement intégré dans ces milieux.

Les transitions d'un milieu de soins à un autre sont une faiblesse particulièrement importante. Il arrive que des patient-es sortent de l'hôpital ou d'un centre de traitement de la dépendance sans que leurs ordonnances soient remplies, sans suivi planifié ou sans confirmation de prise en charge par des services communautaires. Dans certains cas, un traitement du VHC amorcé en milieu communautaire est interrompu lors d'une hospitalisation parce que les médicaments ne figurent pas sur le formulaire de l'hôpital. En cas d'instabilité de logement ou d'utilisation de drogues, de telles interruptions dans les soins compliquent considérablement l'achèvement du traitement.

Les expériences de stigmatisation et de racisme dans les milieux de soins de santé affectent également la capacité des personnes à accéder à des soins.[33] Certain-es patient-es disent avoir interrompu prématurément leurs soins, avoir reçu leur congé sans soutien stable en place, ou avoir tout simplement évité de recourir à des services en raison d'expériences antérieures d'insécurité ou de mépris. Ces expériences déterminent dans quelle mesure les milieux de soins de santé constituent des environnements efficaces pour la prévention.

Pour améliorer les résultats liés à l'hépatite, il n'est pas toujours nécessaire de mettre en place de nouveaux services. Il s'agit souvent de renforcer la coordination entre les services existants et de veiller à ce que les contacts réguliers avec le système de soins de santé favorisent systématiquement le dépistage, la continuité des traitements et le suivi.

> Je suis déjà passée par là et ma douleur était atroce. On ne va pas à l'hôpital pour passer le temps ou pour le plaisir. Mais ils croient qu'on est juste là pour obtenir des drogues, ou quelque chose du genre. Donc, même quand je sais que j'ai une infection, je ne veux pas aller à l'hôpital parce que je sais qu'on va me juger. (...) Je ne suis pas juste une "junkie". De plus, ma dépendance n'est pas apparue du jour au lendemain et mon rétablissement ne sera pas instantané.
> *- Renee, Nouveau-Brunswick*

> Pour les femmes autochtones, le racisme dans le système de soins de santé est un obstacle majeur. C'est l'un des principaux facteurs dissuasifs. On ne nous croit pas. On nous surveille. On nous considère comme des êtres inférieurs, moins dignes de soins, d'amour et de soutien.
> *- Denise Baldwin, Indigenous Harm Reduction Network*

Milieux des refuges et du logement supervisé

Les personnes en situation d'itinérance ou qui fuient la violence comptent souvent sur les systèmes de refuges, les services de proximité et les programmes d'accueil sans rendez-vous comme principaux points de contact avec des soins. Ces milieux peuvent favoriser la prévention et le dépistage lorsque les services sont intégrés. Sans cette intégration, l'accès à ces services devient irrégulier.

Dans certains refuges, des règles restrictives ou des approches fondées sur l'abstinence peuvent créer des obstacles supplémentaires pour les personnes qui utilisent des drogues et conduire certaines d'entre elles à éviter complètement les services ou à passer sans cesse d'un environnement instable à un autre. Des personnes indiquent également utiliser des drogues pour rester éveillées ou alertes lorsqu'elles ne se sentent pas suffisamment en sécurité pour dormir, en particulier dans des environnements surpeuplés ou imprévisibles.

Dans les faits, certains environnements de refuges peuvent finir par ressembler à des prolongements du système carcéral – surveillance étroite, règles axées sur le contrôle, autonomie restreinte – que ce soit en raison de considérations idéologiques, d'un manque de financement, de contraintes de personnel ou d'exigences en matière de gestion des risques. Lorsque les systèmes de refuges ne sont pas conçus pour prioriser le besoin de sécurité des personnes, leur dignité et l'application des principes de la réduction des méfaits, et dotés de ressources suffisantes pour ce faire, ils peuvent accroître sans le vouloir l'exposition aux risques mêmes qu'ils sont censés réduire.

NÉCESSITÉ DE REFUGES À FAIBLE BARRIÈRE POUR LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

« La violence faite aux femmes (VFF) est considérée comme l'un des risques les plus répandus pour la santé des femmes et des personnes [de diverses] identités de genre au Canada. Les femmes autochtones, les femmes racisées, les femmes handicapées, les personnes 2ELGBTQ+, les femmes vivant avec le VIH et les femmes qui consomment des drogues sont exposées de manière disproportionnée à la violence à l'égard des femmes ainsi qu'à ses sévères conséquences physiques et mentales. À l'échelle mondiale, les femmes qui utilisent des drogues – qui peuvent avoir des identités multiples et croisées – connaissent des taux de VFF jusqu'à 24 fois plus élevés que les femmes qui n'en utilisent pas. Or celles qui utilisent des drogues se voient souvent interdire l'accès aux refuges pour femmes violentées – des espaces pourtant vitaux, à l'abri de la violence et reliés à des services de santé autrement inaccessibles.

Au cours de la dernière décennie, des refuges pour femmes violentées se sont orientés vers des modèles à faible barrière pour mettre l'accent sur la réduction des méfaits. Des lacunes persistent néanmoins. Certaines politiques provinciales et territoriales permettent encore qu'ils refusent à des personnes l'accès à leurs services à cause de l'utilisation de drogues. Même lorsque l'accès est accordé en principe, il n'y a pas de réel accès dans la pratique, à cause de règles punitives des refuges, de rencontres stigmatisantes avec des employées, d'interactions avec la police et les services de protection de l'enfance, ainsi que de disparités dans les services de réduction des méfaits. »

– Extrait de « Vers l'accès pour toutes : Pratiques exemplaires et prometteuses de refuges à faible barrière pratiquant la réduction des méfaits au Canada – Document d'information », Réseau juridique VIH, 2024.[34]

Environnements du genre et des relations

Le VHC est en progression parmi les femmes, les personnes enceintes et leurs nouveau-nés.[35]

- Les femmes qui utilisent des drogues ont un risque plus élevé de contracter une hépatite virale et le VIH que leurs homologues masculins.[36]
- Elles ont moins de contrôle sur l'accès à des drogues et à du matériel d'injection, ont moins facilement accès aux services de réduction des méfaits et de traitement, et sont plus susceptibles que les hommes d'être « deuxièmes à utiliser l'aiguille » (c'est-à-dire qu'elles s'injectent après un partenaire masculin, qui souvent leur fait l'injection).[37]
- Bien que l'influence du genre sur les dynamiques de l'injection de drogues soit largement documentée, les services de réduction des méfaits adaptés aux spécificités du genre restent très limités.[38]
  Pour répondre aux causes structurelles du risque accru d'infection par le VHC, on doit mettre en place des programmes et des services de réduction des méfaits qui soient adaptés aux spécificités du genre, afin de contribuer à prévenir la propagation de l'hépatite virale et d'autres ITSS. Cela nécessite des services qui prennent en compte la manière dont le genre, la sécurité, les soins aux proches et les relations interpersonnelles influencent concrètement les options de prévention.[37]

Une infrastructure de prévention qui réduit les risques

La réduction des méfaits est une forme de prévention du VHC : en quantité suffisante de matériel pour l'utilisation plus sécuritaire de drogues et le traitement par agonistes opioïdes permettraient de réduire de jusqu'à 74 % le risque de contracter le VHC au Canada.[8]

Les programmes de seringues et d'aiguilles, les services de consommation supervisée, les équipes de proximité, les réseaux de distribution dirigés par des pair-es et les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire sont autant de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes qui réduisent le risque d'exposition et relient les usager(-ère)s au dépistage et aux traitements.

Les décisions de politiques peuvent aussi contribuer à réduire les risques : un financement opérationnel stable pour les services de réduction des méfaits, un soutien à la prestation des services en régions rurales, des aides au transport, des normes pour la planification de la mise en liberté, des programmes de refuges à faible barrière, un soutien adéquat au revenu, des options pour le logement abordable et supervisé et des politiques sur les drogues fondées sur des données probantes sont des éléments qui favorisent la sécurité et le bien-être.

L'accès aux outils de prévention du VHC dépend non seulement de l'existence de programmes, mais également du financement, de la mise en œuvre de ces programmes et de leur intégration dans l'ensemble des systèmes. Les politiques qui favorisent la souplesse dans la prestation des services, la continuité des soins lors des transferts entre établissements et l'accès à la prévention dans les communautés rurales et éloignées peuvent réduire considérablement les risques de transmission.

La réduction des méfaits est un acte radical d'amour, de compassion et de justice.

LA RÉDUCTION DES MÉFAITS COMME SOIN RELATIONNEL

La réduction des méfaits a vu le jour en tant que réponse communautaire afin de prévenir la transmission du VIH et du VHC, à une époque où les systèmes formels tardaient à réagir.[39]

Dès le départ, elle s'est appuyée sur les relations, la confiance et la conviction que chaque personne a droit à des outils pour protéger sa santé, qu'elle souhaite cesser d'utiliser des drogues ou non, et qu'elle soit en mesure de le faire ou non.[40]

Aujourd'hui, la distribution par les pair-es, les soins de proximité et les services dirigés par la communauté demeurent au cœur de ce travail. Ces approches reconnaissent que la prévention passe autant par les liens humains que par le matériel.

Les services de réduction des méfaits sont souvent le premier lieu où une personne a accès au dépistage, à des références pour le traitement et à des soins de santé primaires après de longues périodes sans soutien. Le renforcement de ces services est bénéfique à l'ensemble du système de prévention.

LES ENVIRONNEMENTS DE PRÉVENTION EN RÉGION RURALE ET ÉLOIGNÉE

Hors des grands centres urbains, l'accès aux moyens de prévention du VHC varie considérablement.

Dans les communautés rurales et éloignées, les services peuvent avoir des horaires réduits, avoir à couvrir des zones géographiques plus étendues, nécessiter de longs trajets ou être carrément inexistants. Des préoccupations liées à la confidentialité et à la stigmatisation peuvent compliquer l'accès aux fournitures. Ces conditions peuvent nuire à la constance de l'accès à du matériel stérile, au dépistage et aux traitements, même là où des programmes sont en place.

Afin de réduire le nombre de nouvelles infections à l'échelle nationale, il est essentiel de renforcer la prévention dans les communautés rurales et éloignées.

Élargir la prévention dans les communautés rurales et éloignées

Terre-Neuve-et-Labrador a établi un programme provincial de distribution postale qui fournit gratuitement aux résident-es la province du matériel pour l'utilisation plus sécuritaire de drogues.[41]

De tels programmes réduisent les obstacles liés aux déplacements, améliorent la confidentialité et rendent des outils de prévention plus accessibles dans les communautés où les services en présentiel sont plus rares, voire absents. Une distribution adaptée à l'emplacement géographique contribue à assurer que les systèmes de prévention joignent les gens, quel que soit leur lieu de résidence.

L'accès local continu et sans obstacle à du matériel pour l'utilisation plus sécuritaire de drogues réduit la transmission d'infections.

De plus, les services de réduction des méfaits constituent l'un des principaux points d'accès aux soins de santé pour les personnes qui ne sont pas bien servies par les systèmes traditionnels. Le renforcement de cette infrastructure améliore la prévention.

LES PHARMACIES COMME INFRASTRUCTURE DE PRÉVENTION

L'accès au dépistage, à la prescription et aux moyens de prévention en pharmacie peut élargir considérablement la portée de ces services, en particulier dans les communautés de plus petite taille et lors des transferts entre établissements. Puisque le personnel des pharmacies se trouve à la croisée de l'accessibilité et de la prestation des soins de santé, il est particulièrement bien placé pour élargir l'accès à des soins équitables.[42]

Le programme « Sacs bruns » de Mainline

À Halifax, Nouvelle-Écosse, l'organisme Mainline Needle Exchange s'est associé à plus de 100 pharmacies à travers la province pour « faciliter l'utilisation plus sécuritaire de drogues hors des heures d'ouverture ou entre les tournées de proximité dans les communautés plus petites. Demandez simplement un sac brun à un-e pharmacien-ne, qui se fera un plaisir de vous aider. »[43]

Recommandations

1. **Renforcer et protéger les infrastructures de prévention dirigées par la communauté grâce à des partenariats fédéraux soutenus.** Des investissements ciblés et pluriannuels de Services aux Autochtones Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada sont nécessaires afin de soutenir les initiatives de prévention du VHC (et d'autres ITSS) dirigées par des Autochtones et par d'autres communautés dans les régions où les taux de transmission sont les plus élevés. Le maintien du Fonds d'initiatives communautaires et du Fonds pour la réduction des méfaits permettrait de poursuivre les relations de confiance dans le cadre des efforts de proximité, d'améliorer l'accès au dépistage précoce et aux traitements, et de réduire la pression sur les systèmes de soins aigus et d'intervention de crise.

2. **Assurer un accès systématique au matériel de réduction des méfaits et aux services de prévention dans l'ensemble des systèmes provinciaux et territoriaux.** Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont une influence déterminante sur les conditions dans lesquelles se produit la transmission du VHC. Les accords de financement pour les refuges, le logement supervisé, les services de santé et les programmes communautaires devraient intégrer les principes de la réduction des méfaits ainsi que des normes minimales pour la prestation de services, y compris l'accès à du matériel pour l'utilisation plus sécuritaire de drogues et à des avenues vers le dépistage et les traitements. L'accès systématique à des outils de prévention fondés sur des données probantes est essentiel pour réduire la transmission du VHC et d'autres ITSS.

3. **Harmoniser la mise à l'échelle du dépistage et du traitement avec les infrastructures de prévention dans les environnements à forte transmission.** Dans les environnements où la transmission persiste, les investissements publics dans le dépistage et le traitement devraient s'accompagner systématiquement d'un soutien à la prévention par le biais des réseaux de services sociaux. Les modèles de programmes devraient combiner l'accès au dépistage, l'arrimage rapide aux traitements, la distribution de matériel pour l'utilisation plus sécuritaire de drogues et les soins continus afin de réduire les risques de transmission et de réinfection.

4. **Réformer les politiques sur les drogues qui entraînent des risques évitables liés au VHC.** Les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux devraient réviser et réformer les lois, règlements, pratiques d'application et conditions de financement qui conduisent à une utilisation précipitée ou clandestine de drogues, qui limitent l'accès à la réduction des méfaits, qui interrompent les soins et qui criminalisent les stratégies de survie. La réforme des politiques sur les drogues devrait être considérée comme un moyen de prévenir l'hépatite virale, et non comme un enjeu isolé.

5. **Renforcer la prévention et les soins de l'hépatite virale en milieu carcéral et lors de la réinsertion dans la communauté.** Les systèmes correctionnels fédéraux, provinciaux et territoriaux devraient mettre en œuvre des normes minimales concernant les mesures fondées sur des données probantes telles que le traitement par agonistes opioïdes, l'accès à du matériel pour l'utilisation plus sécuritaire de drogues, le dépistage, le traitement et la couverture vaccinale. La planification de la mise en liberté devrait inclure une confirmation d'arrimage aux soins de santé dans la communauté, le maintien de traitement et un soutien pour la prévention. Par ailleurs, la communication publique des données sur l'accès et les résultats permettrait d'accélérer les progrès et d'accroître la responsabilisation.

6. **Élargir la vaccination contre le VHB par des programmes universels de vaccination à la naissance et par la vaccination de rattrapage pour les adultes.** Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient mettre en place des programmes universels de vaccination à la naissance ou des calendriers de vaccination des nourrissons, là où cela n'existe pas encore, et élargir l'accès à la vaccination de rattrapage pour les adolescent-es et les adultes non vacciné-es. L'intégration de la vaccination dans les soins prénatals, les soins primaires, les programmes en pharmacie, les services de santé pour nouveaux(-elles) arrivant-es et l'admission en prison permettrait d'accélérer les progrès et de réduire le risque de transmission ultérieure.

Conclusion : les infrastructures de prévention rendent possible l'élimination

Les environnements à risque pour l'infection par le VHC (et d'autres ITSS) sont souvent identiques à ceux où l'accès aux soins de santé est fragmenté ou restreint. Il est essentiel de combler cette lacune, non seulement à des fins de prévention, mais également pour que les personnes affectées bénéficient d'un diagnostic et de soins en temps opportun et puissent vivre longtemps et en bonne santé.

Examiner la transmission du VHC sous l'angle des environnements contribue à identifier les domaines où des améliorations sont encore nécessaires. La disponibilité systématique d'outils de prévention dans les milieux de soins de santé, les établissements correctionnels, les systèmes de refuges et les services communautaires réduit le risque d'exposition et améliore la continuité des soins.

Le Canada dispose déjà des outils nécessaires pour réduire la transmission de l'hépatite virale. Le renforcement des infrastructures de prévention dans les environnements où l'accès manque de constance est l'une des mesures les plus concrètes et les plus réalisables afin de combler l'écart en matière d'élimination.

Dans les environnements où l'accès aux soins de santé est fragmenté ou instable, les services communautaires de prévention demeurent souvent l'un des seuls portails constants vers les systèmes de santé.

> Ne nous abandonnez pas. Nous pourrions être à un stade de notre vie où nous n'avons ni famille ni ami-es – seulement la drogue. Parfois, vous êtes tout ce qu'il nous reste.
>
> *– Une panéliste partageant son expérience de vie lors d'un symposium sur le VHC tenu en novembre 2025 à Winnipeg*

Références

1. Kwong JC, Ratnasingham S, Campitelli MA, Daneman N, Deeks SL, Manuel DG, Allen VG, Bayoumi AM, Fazil A, Fisman DN, Gershon AS, Gournis E, Heathcote EJ, Jamieson FB, Jha P, Khan KM, Majowicz SE, Mazzulli T, McGeer AJ, Muller MP, Raut A, Rea E, Remis RS, Shahin R, Wright AJ, Zagorski B, Crowcroft NS. The impact of infection on population health: results of the Ontario burden of infectious diseases study. PLoS One. 2012;7(9):e44103. Accessible à : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22962601
2. Agence de la santé publique du Canada. Les progrès du Canada vers l'élimination de l'hépatite virale en tant que problème de santé publique. Juillet 2024. Ottawa, Canada. Accessible à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affectio ns/progres-vers-elimination-hepatite-virale-menace-2021.html
3. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale pour 2016-2021. Juin 2016. Genève, Suisse. Accessible à : https://iris.who.int/items/1d10d893-a4ec-4a1b-87b5-a3fd910e34a5
4. Action hépatites Canada. Progrès vers l'élimination de l'hépatite virale au Canada : rapport 2025. Mai 2025. Toronto, ON. Accessible à : https://www.actionhepatitescanada.ca/rapport.html
5. Northwestern Public Health Unit. Infectious Diseases Trends Dashboard. 2024. Accessible à : https://www.nwhu.on.ca/reports-and-publications
6. Gouvernement du Manitoba. Sexually Transmitted and Blood-Borne Infections (STBBI) Surveillance Report. 2025. Accessible à : https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/stbbi/index.html
7. Nombre de cas signalés de maladies de 1924 à 2023 au Canada – maladies à déclaration obligatoire en direct. Accessible à : https://maladies.canada.ca/declaration-obligatoire/graphiques
8. Comité de rédaction et Groupes de travail du Modèle directeur du Réseau Canadien sur l'Hépatite C. Modèle directeur pour guider les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada. 2019. Montréal, QC. Accessible à : https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYfgPV3CnIUJxhGEwBsuytvM/asset/files/blueprint/modele_directeur_vhc_2019_05.pdf
9. Rhodes T. Risk Environment and drug harms: A social science for harm reduction approach. International Journal of Drug Policy, Volume 20, numéro 3, 2009. Accessible à : doi.org/10.1016,/j.drugpo.2008.10.003

10. Biondi MJ, Marchand-Austin A, Cronin K, et coll. Prenatal hepatitis B screening and hepatitis B burden among children in Ontario: a descriptive study. CMAJ 2020; 192(43): E1299-E305. Accessible à : doi.org/10.1503/cmaj.200290
11. Osiowy C, Alvarez F, Coffin C, Cooper C, Fung S, Ko HH, Poulin S, van Gennip J. The management of chronic hepatitis B: guideline update from the Canadian Association for the Study of the Liver and Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada. Canadian Liver Journal. 26 mai 2025;8(2) : 368-440. Accessible à : doi.org/10.3138/canlivj-2025-0012-e
12. Zinberg N. Drug, Set, and Setting. Yale University Press. 1984.
13. Coalition canadienne des politiques sur des drogues. Histoire de la politique des drogues au Canada. Accessible à : https://drugpolicy.ca/fr/ressources/guides-et-apprentissage/histoire-de-la-politique-des-drogues-au-canada/
14. Commission globale de politique en matière de drogues. L'impact négatif de la guerre contre la drogue sur la santé publique : l'épidémie cachée d'hépatite C. 2013. Accessible à : https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/03/GCDP_HepatitsC_2013_FR-1.pdf
15. Stubbs J, Thornton A, Sevick J et coll. Traumatic brain injury in homeless and marginally housed individuals: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Public Health, 2019. Volume 5, numéro 1, e19-e32. Accessible à : https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(19)30188-4/fulltext
16. Voronkov M, Ataiants J, Cocchiaro B, Stock JB, Lankenau SE. A vicious cycle of neuropathological, cognitive and behavioural sequelae of repeated opioid overdose. International Journal of Drug Policy, Volume 97, 2021. Accessible à : doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103362
17. Gitau Z, Suarez-Ariza C, Arango-Uribe M et coll. Epidemiology of hepatitis C in Alberta, Saskatchewan, and Manitoba compared to Canada, 1980–2023. Journal of Infection and Public Health, Volume 19, numéro 3, 2026. Accessible à : doi.org/10.1016/j.jiph.2026.103148
18. Services aux Autochtones Canada. 2024 First Nations Health Status Report: Saskatchewan Region. Accessible à : https://www.nitha.com/wp-content/uploads/2025/10/2024_Health_Status_Report_Final.pdf
19. Réseau juridique VIH. Le temps dur persiste : les soins de santé et la réduction des méfaits pour les personnes autochtones en prison. 2025. Accessible à : https://www.hivlegalnetwork.ca/site/hard-time-persists-healthcare-and-harm-reduction-for-indigenous-people-in-prison/?lang=fr

20. Groupe d’experts sur la consommation de substances de Santé Canada. Recommandations relatives à la politique du gouvernement du Canada en matière de drogues, telle qu’elle est énoncée dans le projet de Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances (SCDAS). 2021. Accessible à : www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/reports/report-2-2021/report-2-HC-expert-task-force-on-substance-use-final-fr.pdf
21. Casey L. FOI documents reveal Ontario's 'unprecedented' jail expansion plans : experts. CBC News. 14 avril 2026. Accessible à : https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/foi-documents-jail-expansion-ontario-9.7162867
22. Patterson D. Alberta government closing Calgary, Lethbridge supervised drug consumption sites. Global News. 20 mars 2026. Accessible à : https://globalnews.ca/news/11739738/alberta-to-shutter-calgary-lethbridge-supervised-drug-consumption-sites
23. Draaisma M. Ontario to end funding to multiple drug consumption sites, forcing them to close. CBC News. 13 mars 2026. Accessible à : https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-drug-consumption-sites-toronto-9.7128193
24. Gouvernement de l’Ontario. L’Ontario protège les collectivités et soutient la lutte contre les dépendances grâce à la création de nouveaux carrefours [Communiqué]. 20 août 2024. Accessible à : https://news.ontario.ca/fr/release/1004955/lontario-protege-les-collectivites-et-soutient-la-lutte-contre-les-dependances-grace-a-la-creation-de-nouveaux-carrefours
25. Fontaine G, Day E, Luhmann N et coll. Addressing policy barriers to scaling up needle and syringe programmes: a global call to action. The Lancet Global Health, 14, e164-e172. 2026. Accessible à : https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(25)00433-4/fulltext
26. Comité des droits de l’homme de l’ONU. Concluding observations on the seventh periodic report of Canada. Mars 2026. Accessible à : https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2FC%2FCAN%2FCO%2F7&Lang=en
27. Réseau juridique VIH. What the Evidence Says about Defunding Ontario’s Remaining Supervised Consumption Sites. Mars 2026. Accessible à : https://www.hivlegalnetwork.ca/site/what-the-evidence-says-about-defunding-ontarios-remaining-supervised-consumption-sites/?lang=en

28. Santé publique Ontario. L'hépatite C en Ontario : Pleins feux sur 2024. 2026. Accessible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/H/26/hepatitis-c-ontario-focus-2024.pdf?rev=f294cb6339554713b58331955aeee112&sc_lang=fr&hash=89F54957E4400792D5A260F8CA3672F3
29. Action hépatites Canada. Prison Health is Public Health: The Right to Hepatitis C Prevention, Diagnosis, and Care in Canada's Correctional Settings. 2022. Accessible à : https://www.actionhepatitiscanada.ca/prisonhealth.html
30. Houdroge F, Kronfli N, Stoové M, Scott N. Cost–benefit analysis of Canada's Prison Needle Exchange Program for the prevention of hepatitis C and injection-related infections. CMAJ. 16 décembre 2024. 196 (43) e1401-e1412. Accessible à : doi.org/10.1503/cmaj.240648
31. Kronfli N, Buxton JA, Jennings L, Kouyoumdjian F, Wong A. Hepatitis C virus (HCV) care in Canadian correctional facilities: Where are we and where do we need to be? CASL 2019. Accessible à : doi.org/10.3138/canlivj.2019-0007
32. Kronfli N, Madden LM et coll. Policy changes in opioid agonist therapy and impacts on HIV and hepatitis C prevention in Canadian federal prisons. Lancet Regional Health - Americas. 2026. [à paraître]
33. Gouvernement du Canada. Lutter contre la stigmatisation au sein du système de santé canadien est essentiel pour améliorer les résultats en santé. 2019. Accessible à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2019/12/lutter-contre-la-stigmatisation-au-sein-du-systeme-de-sante-canadien-est-essentiel-pour-ameliorer-les-resultats-en-sante.html
34. Réseau juridique VIH. Vers l'accès pour toutes – Pratiques exemplaires et prometteuses de refuges à faible barrière pratiquant la réduction des méfaits au Canada. 2024. Accessible à : https://www.hivlegalnetwork.ca/site/towards-access-for-all-best-and-promising-practices-from-low-barrier-harm-reduction-shelters-in-canada/?lang=fr
35. Arditi B, Emont J, Friedman A, D'Alton M, Wen T. Deliveries Among Patients With Maternal Hepatitis C Virus Infection in the United States, 2000–2019. Obstetrics & Gynecology 141(4):p 828-836. Avril 2023. Accessible à : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36897136
36. Women and Harm Reduction International Network. Women who use drugs: intersecting injustice and opportunity. 2022. Accessible à : https://whrin.site/wp-content/uploads/2024/12/Women-who-use-drugs_-intersectin g-injustice-and-opportunity.pdf

37. Zahnow R, Winstock AR, Maier LJ, Levy J, Ferris J. Injecting drug use: Gendered risk. International Journal of Drug Policy, Volume 56: p 81-91, 2018. Accessible à : https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.03.018
38. Women and Harm Reduction International Network. Global Mapping of Harm Reduction Services for Women and Gender Diverse People Who Use Drugs. 2024. Accessible à : https://whrin.site/wp-content/uploads/2025/01/global-mapping-2024-en.pdf
39. Hassan S. Saving Our Own Lives: A Liberatory Practice of Harm Reduction. Haymarket Books. 2022.
40. National Harm Reduction Coalition. Principles of Harm Reduction. Accessible à : https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction
41. Israel J. Sending safe drug use supplies by mail a 'unique' model that could help rest of Canada, say advocates. CBC News. 23 février 2026. Accessible à : https://www.cbc.ca/news/canada/newfoundland-labrador/safe-use-supplies-mail-9.7098420
42. Navarrete J, Berg E, Hughes C, et coll. Harm reduction and pharmacy practice: a scoping review of services for people who use drugs provided by pharmacy staff. BMJ Open 2026;16:e110929. Accessible à : doi: 10.1136/bmjopen-2025-110929
43. Mainline Needle Exchange. Brown bag program. Accessible à : https://mainlineneedleexchange.ca/brownbag

ACTION HEPATITIS CANADA

ACTION HÉPATITES CANADA