



L'honorable Jane Philpott, P.C., députée  
Ministre de la Santé  
Édifce de la Confédération, Pièce 162  
Chambre des communes  
Ottawa, ON K1A 0A6

13 octobre 2016

Madame la Ministre,

Nous vous adressons la présente en réaction aux résultats du processus de lettres d'intention du Fonds d'initiatives communautaires (FIC) en matière de VIH/sida et d'hépatite C. La dévastation est considérable parmi les organismes communautaires que nous représentons – membres et non-membres. Nous faisons partie des nombreux organismes canadiens qui ont reçu une réponse bouleversante à l'issue de la ronde de demandes de financement actuelle. Non seulement les résultats du processus sont inacceptables, mais ils auront des conséquences catastrophiques sur la capacité de notre pays de répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH et l'hépatite C. En tant que voix nationale des organismes communautaires de ce secteur, nous sommes très préoccupés par les potentielles lacunes qu'entraîneront les résultats du processus de lettres d'intention, et par le fait que les rétroactions reçues ne concordent pas, dans certains cas, avec les demandes de financement soumises.

Les résultats de ce processus ont anéanti plusieurs acteurs clés de la lutte contre le VIH, l'hépatite C et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Canada. Fait crucial, ces décisions mettront encore plus en danger certaines personnes parmi les plus vulnérables au pays, en plus de menacer la plupart des impacts sociaux positifs découlant de la réponse canadienne au VIH, à l'hépatite C et aux ITSS.

L'effet du retrait de financement aux organismes de lutte contre le VIH sera ressenti d'un océan à l'autre et il affectera le plus lourdement les personnes qui vivent avec le VIH. Les organismes financés et ceux dont le financement a été amputé ou aboli perçoivent un virage dans l'attribution du financement : on délaisse le financement de la prévention et du soutien, pour financer la prévention dans les populations clés uniquement, et cela laisse d'énormes fossés dans une population déjà vulnérable. Cela aura pour effet que des personnes vivant avec le VIH manqueront de soutien et délaisseront les soins, ce qui ajoutera au nombre de personnes non traitées. Et considérant que 21 % des personnes vivant avec le VIH ne sont pas diagnostiquées,<sup>i</sup> cela ne fera rien pour contrer une épidémie qui est déjà incontrôlable dans certaines régions du pays. Si l'on n'offre pas de services aux personnes vivant avec le VIH, le Canada ne peut avoir aucun espoir d'atteindre la cible 90-90-90 de l'ONUSIDA,<sup>ii</sup> malgré son appui public à celle-ci.<sup>iii</sup>

Les cycles budgétaires précédents, tant pour la lutte contre le sida que celle contre l'hépatite C, dévoilaient publiquement les informations concernant les attentes ainsi que le modèle de financement applicable à toutes les demandes. Or on n'a pas offert ces informations dans le cas du FIC. Le nouveau modèle de financement et son processus de demande ont été développés

en privé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Des consultations communautaires ont eu lieu, mais les critères sans cesse changeants ont semé la confusion quant à la façon dont ils allaient être appliqués lors de la réception des demandes et quant aux données objectives qui allaient être utilisées dans le processus d'évaluation. De plus, on ne sait pas clairement si le processus de développement et les consultations étaient conformes au principe GIPA, conçu spécifiquement pour assurer l'implication accrue et significative des personnes vivant avec le VIH.

Mentionnons que les cycles budgétaires précédents ne combinaient pas en un seul bassin de financement les réseaux de services liés au VIH, à l'hépatite C et aux autres ITSS. En fusionnant ces secteurs, l'ASPC a réduit les fonds alloués à chacun.

L'élément le plus préoccupant est l'absence de croissance des fonds disponibles, dans le contexte où le gouvernement libéral précédent avait promis en 2004 d'augmenter le financement de l'Initiative fédérale (IF) de lutte contre le VIH/sida au Canada à 84,4 millions \$ pour l'année budgétaire 2008-2009. Cette allocation de financement, d'où viennent les fonds destinés au FIC, s'élève présentement à 72,6 millions \$. Puisque le budget de l'IF n'a pas été augmenté depuis plusieurs années et que plus de 13 millions \$ sont demeurés non investis entre 2008 et 2013,<sup>iv</sup> il serait faux d'affirmer que le secteur n'est pas sous-financé. Et compte tenu du budget stagnant de l'IF, il est irréaliste de prévoir que le FIC ait recours à celle-ci pour couvrir les activités de trois réseaux de soutien communautaire distincts sans que son allocation soit augmentée.

Nous sommes conscients que votre ministère avait clairement précisé, dès le début, que ce processus ne visait pas un statu quo du financement et que nous devions nous attendre à un changement du paysage financier. Mais nous n'aurions jamais pu prévoir les coupes financières dévastatrices qu'ont subies tant de programmes communautaires importants et établis. Nous ne disons pas que les projets financés (auprès d'organismes nouveaux ou établis) ne méritent pas de l'être; et nous ne sommes pas contre l'octroi de financement à de nouveaux organismes communautaires. Nous sommes favorables à une augmentation de services à la communauté. Cependant, il faut être prudent pour ne pas démanteler les réseaux de soutien qui existent, simplement pour donner l'impression de servir de nouvelles populations – sinon, des gens se retrouveront privés de services sur lesquels ils comptent. On ne peut pas prendre le risque d'un recul des résultats de santé et facteurs sociaux des personnes vivant avec le VIH et l'hépatite C en laissant ces personnes avec un réseau de soutien très limité, voire nul.

Par ailleurs, à cause des multiples changements à l'échéancier de livraison des résultats, les organismes qui s'étaient vu promettre un délai de 12 mois pour trouver d'autres avenues de financement si leur demande était rejetée n'ont plus que six mois pour le faire, sans quoi ils seront forcés de fermer leurs portes. Cette situation est inacceptable.

Nous sommes également préoccupés par le fait que les projets approuvés pour la prochaine étape du processus de demande de financement ne reflètent pas les priorités de l'ASPC identifiées lors des consultations antérieures. Nous observons un manque de transparence quant au dévoilement des projets qui seront financés, des populations qu'ils desservent et des sommes allouées à chaque région du pays. Le manque de financement pour certaines

populations – en particulier les personnes autochtones et les personnes qui s’injectent des drogues – est si évident, à ce stade de la planification, que nous pouvons déjà prévoir que le fossé continuera de s’élargir pendant que les organismes tenteront de combler les lacunes du paysage gravement érodé des services liés au VIH et à l’hépatite C. Malheureusement, l’attente de l’ASPC selon laquelle les fonds d’urgence en réserve suffiront à combler ces lacunes est irréaliste, compte tenu des résultats observés à ce jour.

La réponse à la question de savoir comment les personnes vivant avec le VIH et l’hépatite C et affectées par ceux-ci auront accès aux services dont elles ont besoin, dans un contexte où plusieurs des organismes qui fournissent ces services ont vu leur financement coupé, prend généralement l’une ou l’autre de ces deux directions troublantes : les organismes devraient combiner leurs efforts et partager le financement qui leur a été alloué, ou alors les provinces et territoires devraient financer ces programmes en tandem avec les projets fédéraux.

En général, l’idée selon laquelle les organismes dont les demandes n’ont pas été retenues devraient collaborer avec ceux qui ont été approuvés implique que, pour que continue l’important travail réalisé par les organismes qui n’ont pas reçu de nouveaux fonds, les fonds alloués devraient être partagés. Les organismes communautaires ont opéré plusieurs années dans un cadre de financement hostile, sous l’égide des conservateurs – un cadre lui aussi alimenté par un processus fortement compétitif. On a dressé les organismes les uns contre les autres, pour les occasions de financement et les populations cibles, et l’ASPC et d’autres agences gouvernementales leur ont conseillé de se développer des niches pour être considérés comme pertinents et finançables. Par surcroît, la réduction des méfaits n’a reçu aucun appui financier depuis plus d’une décennie. S’attendre à ce que les organismes se tournent immédiatement vers une approche collaborative pour desservir l’ensemble de la population plutôt que leurs niches, sans information sur ce à quoi ces collaborations devraient ressembler, et exiger qu’ils y parviennent en six mois seulement n’est qu’un vœu pieux de collaboration.

L’ASPC demande aux organismes dont le financement a été réduit, mais qui sont approuvés pour la prochaine étape, de partager avec d’autres organismes leur financement amputé afin que les services ne soient pas coupés. Il est malavisé de croire que les services à la communauté ne seront pas affectés si deux organismes doivent partager une seule source de financement.

En outre, plusieurs organismes dont les demandes de financement ont été approuvées ont soumis celles-ci en croyant que les projets complémentaires allaient suivre le même parcours. Or, si un projet approuvé dépend d’un organisme qui n’est plus financé pour servir l’ensemble de la population, comment peut-on s’attendre à ce que ce mandat soit rempli? Les seules possibilités sont soit que les deux organismes partagent les fonds alloués pour couvrir les populations complémentaires et offrir un programme sous-optimal qui ne répond pas entièrement aux besoins d’un groupe ni de l’autre, soit que les projets complémentaires sont abandonnés.

En démantelant de larges pans d’un réseau qui mise sur les connexions entre ses membres afin de servir la communauté, l’ASPC prédestine toute la communauté à l’échec et elle ouvre la voie à l’érosion de tous les progrès accomplis depuis 30 ans dans les secteurs du VIH et de l’hépatite C. Ce réseau, qui s’est développé au fil de 30 années, est conçu pour répondre aux besoins des

clients actuels et futurs. L'effacement de l'expérience et de l'interconnectivité de notre réseau place dans une position de vulnérabilité les personnes qui comptent sur cette expertise. En seulement quatre années, le pourcentage de personnes séropositives au VIH qui ne sont pas au courant de leur infection a diminué de 26 % (en 2010)<sup>v</sup> à 21 % (à la fin de 2014),<sup>vi</sup> en grande partie grâce aux services de dépistage et de soutien offerts par les organismes communautaires. Or le diagnostic précoce conduit à un traitement plus précoce et évite des cas de transmission ultérieurs.

Étant donné que chaque nouveau diagnostic de VIH correspond à un coût de 1,3 million \$<sup>vii</sup> à vie, les efforts de prévention des organismes communautaires canadiens de lutte contre le VIH et l'hépatite C, qui misent les uns sur les autres afin de mieux servir la communauté, devraient constituer une priorité. En arrivant à réduire autant le pourcentage de personnes qui ne sont pas au courant de leur infection, les organismes canadiens ont amené le pays sur la bonne voie vers l'atteinte de la première des cibles 90-90-90 de l'ONUSIDA, et ont permis aux Canadiens d'économiser des millions de dollars en coûts associés aux nouvelles infections reliées aux personnes qui ne connaissent pas leur séropositivité. Cependant, si l'on ne fournit pas de soutien aux personnes vivant avec le VIH, nous ne pouvons pas espérer susciter les augmentations du nombre de personnes en traitement antirétroviral (TAR) qui sont nécessaires à l'atteinte des deux autres éléments de ces 90-90-90.

Par ailleurs, la réponse voulant que les manques d'allocation de fonds fédéraux soient couverts par les provinces et territoires démontre une incompréhension fatale de la situation du VIH et de l'hépatite C dans une grande partie du Canada. Dans plusieurs endroits au pays, les populations les plus à risque pour le VIH et le VHC sont des populations invisibles dans le paysage médical provincial. Si un médecin a le droit de refuser de traiter des personnes de ces populations, comment ces populations recevront-elles des services si le fédéral refuse également de leur offrir? S'attendre à ce que les gouvernements provinciaux et territoriaux assument des responsabilités pour lesquelles le financement venait jusqu'ici de votre gouvernement, tout en sachant qu'ils ne le feront pas, n'est ni plus ni moins qu'un détournement du blâme.

S'attendre à ce que les provinces et territoires comblent les lacunes du financement en seulement six mois, sans leur présenter de modèle du fonctionnement de cette approche financière collaborative, indique que l'approche à cette collaboration est superficielle. Puisque l'ASPC n'a pas énoncé publiquement que les initiatives non financées sont transférées aux provinces, on ne peut s'attendre à ce que celles-ci comblent le fossé qu'a créé l'ASPC.

Nous vous demandons de nous accueillir dès que possible pour une réunion afin de discuter du paysage complet du financement et des moyens par lesquels les lacunes du financement pourront être repérées et résolues. Nous vous demandons également de nous présenter un compte-rendu complet du financement actuel, détaillé par région et par population cible, afin que les fossés dans chaque catégorie puissent être comblés.

Dans son entièreté, notre demande serait de suspendre le processus financier actuel et de maintenir pour une autre année le statu quo du financement jusqu'ici en place, après le cycle en cours, pendant que le processus à venir sera réexaminé en collaboration avec les

intervenants communautaires et les personnes vivant avec le VIH et le VHC. Le processus de renouvellement devrait également inclure la prise en compte des fonds initialement promis à l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, de sorte que le FIC puisse être augmenté afin de mieux répondre au mandat élargi confié aux demandeurs. Une fois complétée la révision, les objectifs du financement et les critères d'évaluation devraient être affichés publiquement afin que les organismes comprennent mieux à quoi s'attendre au cours du processus.

Au minimum, nous demandons que l'ASPC travaille avec la communauté à déterminer les lacunes dans les allocations, puis se concentre sur la tâche de répondre à ces manques en augmentant la valeur du FIC à l'aide de certains des fonds promis à l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, et en accordant aux organismes une année complète pour réduire progressivement leur activité ou pour trouver d'autres sources de financement, ou d'autres partenariats ou collaborateurs – ce qui faisait partie des promesses initiales de l'ASPC.

En terminant, nous espérons que vous avez bien reçu notre demande de rencontre, en date du 5 octobre, car il nous tarde de discuter de ces enjeux avec vous. Nous sommes persuadés que vous comprenez la nécessité d'une réunion urgente et positive.

Veillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de notre plus haute considération.



Gary Lacasse  
Directeur général



Greg Riehl  
Président, conseil d'administration

Copies conformes de la présente ont été envoyées au très honorable Justin Trudeau, premier ministre du Canada; à l'honorable Rona Ambrose, députée, cheffe par intérim du Parti conservateur; à l'honorable Thomas Mulcair, député, chef du Nouveau parti démocratique; à Rhéal Fortin, député, chef par intérim du Bloc québécois; à l'honorable K. Kellie Leitch, députée, porte-parole du Parti conservateur en matière de santé; à la D<sup>re</sup> Siddika Mithani, présidente de l'Agence de la santé publique du Canada; et à tous les organismes de lutte contre le VIH/sida au Canada.

---

<sup>i</sup> Agence de la santé publique du Canada. (2015) Résumé : Estimations de l'incidence de la prévalence, et de la proportion non diagnostiquée au VIH au Canada, 2014. Consulté à [http://canadiensensante.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/hiv-aids-estimates-2014-vih-sida-estimations/index-fra.php?\\_ga=1.221978392.187377213.1476382010#a2](http://canadiensensante.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/hiv-aids-estimates-2014-vih-sida-estimations/index-fra.php?_ga=1.221978392.187377213.1476382010#a2)

<sup>ii</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. (2014). 90-90-90 : Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. Genève : ONUSIDA.

---

<sup>iii</sup> Agence de la santé publique du Canada, Philpott, J. (2015). *Journée mondiale du sida – 1<sup>er</sup> décembre 2015* [déclaration publique]. Consulté à [http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=1022689&\\_ga=1.200712430.1100035353.1476382135](http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=1022689&_ga=1.200712430.1100035353.1476382135)

<sup>iv</sup> Agence de la santé publique du Canada. Direction de l'évaluation (2014). Évaluation du programme du santé publique du Canada offert par l'Agence de la santé publique du Canada : Annexe 2 – Dépenses et répartition des ressources de l'Initiative fédérale de 2008-09 à 2012-13. Consulté à [http://www.phac-aspc.gc.ca/about\\_apropos/evaluation/reports-rapports/2013-2014/diaha-idlvs/app-ann-b-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/evaluation/reports-rapports/2013-2014/diaha-idlvs/app-ann-b-fra.php)

<sup>v</sup> Agence de la santé publique du Canada. (2010). Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Juillet 2010 : Chapitre 2 : Cas non diagnostiqués d'infections à VIH au Canada. Consulté à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/2-fra.php>

<sup>vi</sup> Agence de la santé publique du Canada. (2015) Sommaire : Estimations de l'incidence[,] de la prévalence, et de la proportion non diagnostiquée au VIH au Canada, 2014. Consulté à <http://canadiensante.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/hiv-aids-estimates-2014-vih-sida-estimations/index-fra.php#a2>

<sup>vii</sup> Kingston-Riechers, J. (2011). *Le coût économique du VIH/sida au Canada*. Société canadienne du sida. Accessible à <http://www.cdnaids.ca/the-economic-cost-of-hivaids-in-canada/>