

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



PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

—Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title :
Estimates of HIV Incidence, Prevalence and Canada's Progress on Meeting the 90-90-90 HIV Targets, 2020

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada Indice de l'adresse 0900C2 Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télééc. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
E-mail: hc.publications-publications.sc@canada.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada
représentée par la ministre de la Santé, 2022

Date de publication : Juillet 2022

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP37-36F-PDF
ISBN : 2816-5543
Pub. : 220031

Faits saillants

- En 2020, on estime qu'il y a eu 1 520 nouvelles infections au VIH au Canada, une légère diminution par rapport à l'estimation de 2018.
 - Les nouvelles infections chez les hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ont continué de diminuer, tandis que les nouvelles infections chez les personnes utilisatrices de drogues injectables, les Autochtones et les femmes ont légèrement augmenté.
 - Il existe une hétérogénéité entre les provinces et les territoires en ce qui concerne la représentation des cas nouveaux par population clé.
- On estime que 62 790 personnes vivaient avec le VIH au Canada à la fin de 2020. Le Canada a atteint les première et troisième cibles 90-90-90 prévues pour 2020. Parmi les personnes vivant avec le VIH, on a estimé qu'environ 90 % avaient reçu un diagnostic. Des personnes ayant reçu un diagnostic, on a estimé que 87 % suivaient un traitement et que 95 % de celles-ci avaient une charge virale supprimée.
 - Cela signifie qu'environ 16 690 personnes au Canada n'étaient pas engagées dans le continuum de soins du VIH au Canada ou n'y étaient pas représentées. Les personnes qui n'ont pas reçu de diagnostic dans le continuum de soins présentent une occasion importante sur le plan de l'intervention, tant pour assurer de meilleurs résultats pour la santé individuelle que pour réduire la transmission communautaire du VIH.
- Pour la première fois, l'Agence de la santé publique a établi des estimations relatives aux cibles 90-90-90 selon le sexe. Parmi les 62 790 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à la fin de 2020, 75,4 % étaient des hommes et 24,6 % des femmes. Chez les hommes vivant avec le VIH, les progrès vers les cibles 90-90-90 étaient similaires à ceux de l'ensemble de la population (90 %-87 %-96 %). Toutefois, les femmes connaissent moins leur séropositivité et sont moins représentées dans les taux de traitement et de suppression de la charge virale (88 %-85 %-90 %).
- Les estimations relatives au continuum de soins liés au VIH et les cibles 90-90-90 selon le sexe, la géographie et la population clé ont révélé ce qui suit :
 - La variation entre les provinces/régions démontre la nécessité de se concentrer et d'améliorer les différentes étapes du continuum de soins du VIH.
 - Certaines populations (p. ex. les personnes utilisatrices de drogues injectables et les Autochtones) sont touchées de façon disproportionnée par le VIH et les estimations concernant ces groupes sont plus faibles en ce qui concerne la connaissance de son statut VIH, à être sous traitement et à la suppression de la charge virale par rapport à l'ensemble de la population;
- Les rapports sur les progrès réalisés par le Canada vers l'atteinte des cibles du VIH nous incitent à améliorer nos stratégies lorsque nous n'obtenons pas les résultats escomptés. Pour réduire l'impact du VIH sur la santé au Canada, des programmes adaptés pour la prévention du VIH, y compris le dépistage, ainsi que le traitement et les soins, aideront à répondre aux besoins des personnes les plus à risque d'infection dans les collectivités où le VIH est le plus concentré.

Remerciements

L'Agence de la santé publique du Canada remercie les autorités de santé publique des provinces et des territoires, et les autres entités gouvernementales, pour leur contribution aux estimations nationales de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés quant aux cibles 90-90-90.

L'Agence de la santé publique du Canada remercie les partenaires des Premières Nations pour leurs efforts dans la prévention des infections au VIH, dans les soins prodigués aux personnes vivant avec le VIH, et pour leur contribution à l'estimation des indicateurs de VIH pour les Premières Nations en Saskatchewan.

Table des matières

Faits saillants.....	3
Remerciements.....	4
Introduction.....	6
Pourquoi est-il important de surveiller les progrès du Canada?.....	6
Comment surveillons-nous les progrès réalisés au Canada?.....	7
Sources des données.....	9
Considérations relatives aux données et aux mesures.....	9
Incidence du VIH – Nombre estimé de nouvelles infections au VIH au Canada	11
Répartition géographique	13
Prévalence du VIH – Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH au Canada	15
Répartition géographique	16
Progrès réalisés par le Canada pour atteindre les cibles 90-90-90 pour le VIH d'ici 2020	18
Estimations des cibles 90-90-90 selon le sexe.....	20
Estimations des cibles 90-90-90 selon la région géographique	23
Estimations des cibles 90-90-90 dans les populations prioritaires	24
Établissements correctionnels fédéraux.....	24
Collectivités des Premières Nations en Saskatchewan.....	25
Enquêtes Track mises en œuvre par les Premières Nations en Saskatchewan et en Alberta	25
gbHARSAH.....	26
Personnes utilisatrices de drogues injectables.....	27
Communauté africaine, caribéenne et noire en Ontario.....	27
Discussion et conclusion	29
Annexe 1. Détails supplémentaires liés à la méthode de modélisation du Canada	32
Annexe 2. Tableaux sur l'incidence et la prévalence du VIH à l'échelle nationale.....	33
Annexe 3. Définitions des populations clés.....	35
Références.....	36

Introduction

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) demeurent un problème de santé important au Canada, même si elles sont en grande partie évitables, traitables et, dans de nombreux cas, guérissables. Les ITSS imposent un coût physique, émotionnel, social et économique important aux personnes, aux collectivités et à la société. Le *Cadre d'action pancanadien sur les ITSS*¹ fournit une feuille de route pour des mesures complémentaires et de collaboration visant à réduire l'incidence des ITSS au Canada, y compris trois objectifs stratégiques : réduire l'incidence des ITSS; améliorer l'accès au dépistage, au traitement, aux soins de santé et au soutien continu; réduire la stigmatisation et la discrimination qui créent une vulnérabilité aux ITSS. Huit principes directeurs, incluant (sans s'y limiter) : la recherche de la vérité et de la réconciliation, l'équité en matière de santé et l'engagement significatif des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et des populations clés, ont été élaborés afin d'orienter l'action collective pour lutter contre les ITSS au Canada¹.

Le *Cadre d'action pancanadien sur les ITSS* reconnaît également la contribution du Canada aux efforts mondiaux visant à mettre fin au sida, à l'hépatite virale et aux infections transmissibles sexuellement comme enjeux de santé importants. Nous avons approuvé des cibles mondiales et entrepris l'élaboration de cibles nationales pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030². Les cibles mondiales 90-90-90 indiquent que d'ici 2020, 90 % de toutes les PVVIH connaissent leur statut, 90 % des personnes ayant reçu un diagnostic de VIH suivent un traitement antirétroviral (TAR) et 90 % des personnes suivant un traitement présentent des niveaux indétectables du virus. Lorsque ces trois objectifs auront été atteints, au moins 73 % (90 % x 90 % x 90 %) de toutes les personnes vivant avec le VIH auront une charge virale supprimée, ce qui contribuera à limiter à la fois les graves conséquences du VIH sur la santé et la transmission communautaire. La modélisation suggère que la réalisation de ces cibles permettra à la communauté mondiale de mettre fin à l'épidémie du sida d'ici à 2030².

Ce rapport fournit une mise à jour pour 2020 sur les estimations canadiennes de l'incidence et de la prévalence nationales du VIH et sur les progrès réalisés vers l'atteinte des cibles 90-90-90 établies pour 2020. La production de rapports sur ces cibles appuie une réponse multisectorielle pancanadienne au VIH/sida. L'information fournie peut être utilisée pour aider à comprendre l'efficacité des réponses actuelles au VIH au Canada et pour déterminer les points à améliorer afin d'orienter le travail de prévention et de soins du VIH.

En juin 2021, afin de maintenir les pays sur la voie de mettre fin au VIH/sida partout dans le monde, l'ONUSIDA a adopté un ensemble de nouvelles cibles, appelant les pays à fournir à 95 % de toutes les personnes à risque de contracter le VIH – dans tous les groupes, groupes d'âge et contextes géographiques pertinents sur le plan épidémiologique – un accès à des options de prévention du VIH efficaces et axées sur la personne. Elle appelle également les pays membres à faire en sorte que d'ici 2025, 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, que 95 % de celles-ci suivant un traitement contre le VIH et que 95 % des personnes suivant un traitement contre le VIH présentent des charges indétectables du virus³.

Le Canada commencera à rendre compte des progrès réalisés dans l'atteinte des cibles 95-95-95 à l'aide des données de 2022 lorsqu'elles seront disponibles.

Pourquoi est-il important de surveiller les progrès du Canada?

Le gouvernement du Canada s'est engagé à mesurer l'incidence des programmes et des politiques à mesure que nous mettons en œuvre le *Plan d'action sur les ITSS*, par la surveillance des tendances et des résultats en matière d'ITSS et la production de rapports à ce sujet⁴. La compréhension de l'incidence du VIH (le nombre de nouvelles infections survenant au cours d'une période donnée) est primordiale pour comprendre les changements des modes de transmission avec le temps, et aide les décideurs de la santé publique à renforcer et évaluer l'impact des actions multisectorielles de santé publique.

L'estimation de la prévalence du VIH (le nombre de personnes vivant avec le VIH – à la fois diagnostiquées et non diagnostiquées) est la première étape du continuum de soins et constitue un élément essentiel pour guider la planification et les investissements dans le traitement, les soins et le soutien continu pour les personnes vivant avec le VIH ou touchées par le VIH. Il s'agit aussi de la première étape du continuum de soins du VIH.

Le continuum de soins du VIH est un modèle de santé publique qui décrit les étapes que les personnes

vivant avec le VIH doivent franchir, du diagnostic initial du VIH à l'atteinte et au maintien de charges indétectables du virus. Le continuum de soins du VIH est utile au niveau individuel pour évaluer l'efficacité des soins, ainsi qu'au niveau de la population pour analyser la proportion de personnes vivant avec le VIH dans une communauté donnée qui sont engagées dans chaque étape successive⁵. Les étapes typiques du continuum de soins sont le diagnostic de l'infection au VIH, l'arrimage vers des services de soins du VIH, l'introduction ou le maintien aux soins et la suppression de la charge virale (Figure 1).

Figure 1. *Continuum de soins du VIH⁵*



En établissant le continuum de soins du VIH, on peut ensuite s'en servir comme cadre pour évaluer les progrès réalisés par rapport aux cibles 90-90-90 et en faire rapport. La nature séquentielle des étapes du continuum et les mesures connexes à chaque étape (p. ex. les cibles 90-90-90) permet aux organismes de santé publique – à l'échelle nationale et régionale – de cerner les lacunes dans les soins et de déterminer les types d'interventions qui pourraient aider à augmenter le nombre de personnes qui atteignent et maintiennent une charge virale supprimée⁶.

À l'échelle mondiale, l'estimation de l'incidence du VIH, de sa prévalence et des progrès réalisés par rapport aux cibles 90-90-90 est entreprise pour surveiller les épidémies de VIH et orienter les programmes de prévention et de contrôle. Ces estimations aident tous les partenaires et intervenants à mieux comprendre les populations clés auprès desquelles des mesures sont nécessaires pour réduire l'impact du VIH et du sida sur la santé publique.

Comment surveillons-nous les progrès réalisés au Canada?

Depuis 2018, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC ou L'Agence) travaille avec un groupe de travail d'experts pour déterminer les mesures utilisées pour évaluer les progrès du Canada dans le continuum de soins du VIH. En se fondant sur un examen des mesures utilisées à l'échelle internationale, le groupe d'experts de l'ASPC a recommandé d'évaluer les mesures 90-90-90 à l'aide d'un continuum en quatre étapes : Étape 1 – le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH (PVVIH); Étape 2 – le nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont été diagnostiquées; Étape 3 – le nombre de PVVIH qui ont été diagnostiquées et qui suivent un traitement antirétroviral (TAR) et Étape 4 – le nombre de personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement antirétroviral et ont une charge virale supprimée. (Figure 2)

Figure 2. *Cadre du continuum de soins du VIH en quatre étapes au Canada*



Des définitions normalisées pour chacune des mesures ont été élaborées et utilisées dans la mesure du possible (Tableau 1). Ces définitions, qui ont été acceptées par le groupe de travail d'experts appuyant le suivi des progrès du Canada, sont alignées sur les définitions utilisées par les Centres européens de lutte contre la maladie, les Centers for

Disease Control and Prevention des États-Unis, le Kirby Institute (Australie) et Public Health England (Royaume-Uni). Dans certains cas, des définitions ont été adaptées par les provinces ou territoires pour tenir compte des différences entre les définitions de « personnes suivant un traitement » et de « charge virale supprimée ».

Tableau 1. Définitions utilisées dans les estimations nationales des mesures 90-90-90

Mesure	Définition
Nombre total estimé de personnes vivant avec le VIH	<p>Le nombre total estimé de personnes vivant avec le VIH à la fin de 2020 selon une approche de modélisation adaptée à l'aide de l'Outil canadien de modélisation du VIH⁷. L'estimation comprend les personnes diagnostiquées et non diagnostiquées.</p> <p>Les décès parmi les personnes vivant avec le VIH sont estimés à l'aide de données provenant de diverses sources selon la province ou le territoire, puisque les données des statistiques de l'état civil n'enregistrent que la mortalité des personnes décédées de causes liées au VIH. Les sources de données comprennent les données des statistiques de l'état civil de Statistique Canada ou des registres provinciaux/territoriaux de l'état civil, les informations liées au diagnostic et à la mortalité du VIH, les rapports nationaux sur les décès dus au sida, les données de cohorte relatives aux personnes vivant avec le VIH qui sont prises en charge et les études de recherche canadiennes.</p> <p>La migration entre les juridictions au Canada et l'immigration au Canada en provenance d'autres pays sont également incluses dans le nombre total de personnes vivant avec le VIH. Les données sur les migrations entrantes et sortantes sont fournies par les provinces / territoires lorsque cela est possible.</p>
Nombre/pourcentage de cas diagnostiqués Première cible 90	<p>Des personnes que l'on a estimé vivre avec le VIH au Canada à la fin de 2020, la proportion (%) qui a reçu un diagnostic.</p> <p>Numérateur : Nombre de personnes vivant avec un diagnostic de VIH</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes vivant avec le VIH (cas diagnostiqués ou non diagnostiqués)</p>
Nombre/pourcentage de personnes qui suivent actuellement un traitement antirétroviral Deuxième cible 90	<p>Des personnes vivant avec un diagnostic de VIH, la proportion (%) de personnes ayant suivi ≥ 1 traitement antirétroviral (TAR) en 2020 (prescrit, délivré ou inscrit sur les formulaires du patient)</p> <p>Numérateur : Nombre de personnes suivant un traitement (≥ 1 traitement antirétroviral en 2020)</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes vivant avec un diagnostic de VIH</p>
Nombre/pourcentage de personnes ayant une charge virale supprimée Troisième cible 90	<p>Des personnes suivant un traitement, la proportion (%) de personnes dont la dernière mesure du taux d'ARN du VIH en 2020 était de < 200 copies/ml</p> <p>Numérateur : Nombre de personnes avec < 200 copies/ml au dernier test de leur charge virale en 2020</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes suivant un traitement</p>

L'atteinte des cibles 90-90-90 et le continuum de soins liés au VIH sont deux façons d'examiner les mêmes données. Lorsque nous rendons compte des progrès réalisés vers l'atteinte des cibles 90-90-90, le dénominateur de chacune des cibles est différent (décrit dans le tableau 1). La valeur de la première cible 90 est le dénominateur de la deuxième cible, et la valeur de la deuxième cible est le dénominateur de la troisième cible 90.

Si nous examinons les données différemment, dans l'ensemble du continuum de soins, le dénominateur de chaque étape demeure le même – toutes les personnes vivant avec le VIH. Dans cette approche, lorsque les trois cibles 90-90-90 seront atteintes, 81 % de toutes les personnes vivant avec le VIH seront sous traitement antirétroviral (90 % x 90 %), et 73 % de toutes les personnes vivant avec le VIH auront une charge virale supprimée (81 % x 90 %)⁸.

L'Agence de la santé publique du Canada a travaillé en étroite collaboration avec les provinces, les territoires et d'autres instances gouvernementales pour mettre au point les estimations nationales de l'incidence et de la prévalence du VIH et les mesures 90-90-90 en utilisant des méthodes de modélisation statistique et les renseignements disponibles dans chaque province et territoire. Les mesures ont été peaufinées dans le cadre d'un processus itératif avec les provinces et les territoires, en particulier là où il fallait procéder à des ajustements pour prendre en compte l'incertitude due à des données incomplètes ou au manque de données représentatives. Les estimations nationales ont été élaborées en additionnant les estimations consensuelles de chaque province ou territoire.

Sources des données

Les estimations du VIH en matière d'incidence et de prévalence et liées à la première cible 90-90-90 ont été élaborées à l'aide de données de surveillance du VIH communiquées par les provinces et les territoires, de l'estimation du nombre de décès chez les personnes vivant avec le VIH, et de méthodes de modélisation statistique par rétro calcul. Des détails supplémentaires sur ces méthodes sont fournis à l'annexe 1.

La production d'estimations pour les deuxième et troisième cibles 90-90-90 a nécessité des

renseignements supplémentaires de la part des provinces et des territoires, notamment les éléments suivants lorsqu'ils étaient disponibles :

- les données de surveillance du VIH;
- les données centralisées du programme de soins liés au VIH, y compris les données connexes sur les traitements et les données de laboratoire sur la charge virale;
- les données sur les ordonnances de médicaments à l'échelle provinciale liées aux données de laboratoire sur le VIH;
- les données non liées provenant des bases de données sur les ordonnances de médicaments, des laboratoires et des cliniques de traitement du VIH;
- les cohortes de personnes ayant reçu un diagnostic qui reçoivent des soins liés au VIH.

Considérations relatives aux données et aux mesures

Les estimations publiées dans le présent rapport remplacent toutes les estimations précédentes publiées par l'Agence au sujet de la prévalence et de l'incidence du VIH et des cibles 90-90-90 au Canada. Les hypothèses, les méthodes et les données

Les estimations sont publiées pour 2020, puisque c'est l'année la plus récente pour laquelle des données complètes de surveillance du VIH sont disponibles. Des données de surveillance complètes pour 2021 seront disponibles en 2022.

primaires peuvent avoir changé pour certaines provinces parce que nous avons une meilleure connaissance de l'épidémie et que les données primaires fournies par les provinces et les territoires aux fins du modèle ont été précisées. Dans certains cas, les provinces et les territoires ont été regroupés en régions (p. ex. l'Atlantique et les territoires), ou les données ont été supprimées en raison des petits nombres et pour réduire le risque d'identifier une personne.

Les sources de données provinciales et territoriales pour les deuxième et troisième cibles 90-90-90 varient d'un secteur de compétence à l'autre. Ces différences sont attribuables à la diversité des méthodes utilisées pour la surveillance du VIH (p. ex. fondé sur les données de laboratoire versus sur les cas) et à la capacité de relier les sources de données. Certaines provinces et certains territoires ont la capacité de coupler des ensembles de données liés aux diagnostics du VIH, aux décès, au traitement et à la charge virale. Cela leur permet de décrire les progrès réalisés dans le continuum de soins du VIH au niveau de la population. D'autres provinces et territoires estiment chacune des mesures du continuum de soins du VIH à l'aide de sources de données non couplées (p. ex., les données distinctes sur le diagnostic, le décès, le traitement et la charge virale), et tiennent compte des limites inhérentes de chaque source de données et des ajustements apportés en conséquence. Enfin, certaines provinces et certains territoires sont en mesure de suivre les progrès réalisés dans le continuum de soins du VIH seulement parmi les cohortes de personnes diagnostiquées qui reçoivent des soins liés au VIH.

Les révisions apportées aux méthodes et aux données signifient que les estimations des années antérieures figurant dans le présent rapport peuvent différer des estimations publiées antérieurement, et que les estimations de 2020 ne devraient pas être comparées directement aux estimations publiées précédemment.

Les estimations révisées pour 2018 à l'aide des données et de la méthodologie mises à jour sont présentées dans le présent rapport.

Les systèmes de données, le type de données disponibles et la capacité à relier les renseignements des différentes sources varient selon les provinces et les territoires. Les mesures réalisées dans le cadre de ce processus devraient donc être interprétées dans le contexte des intervalles plausibles pour chaque estimation, qui reflètent l'incertitude inhérente due à ces défis et limitations.

Incidence du VIH – Nombre estimé de nouvelles infections au VIH au Canada

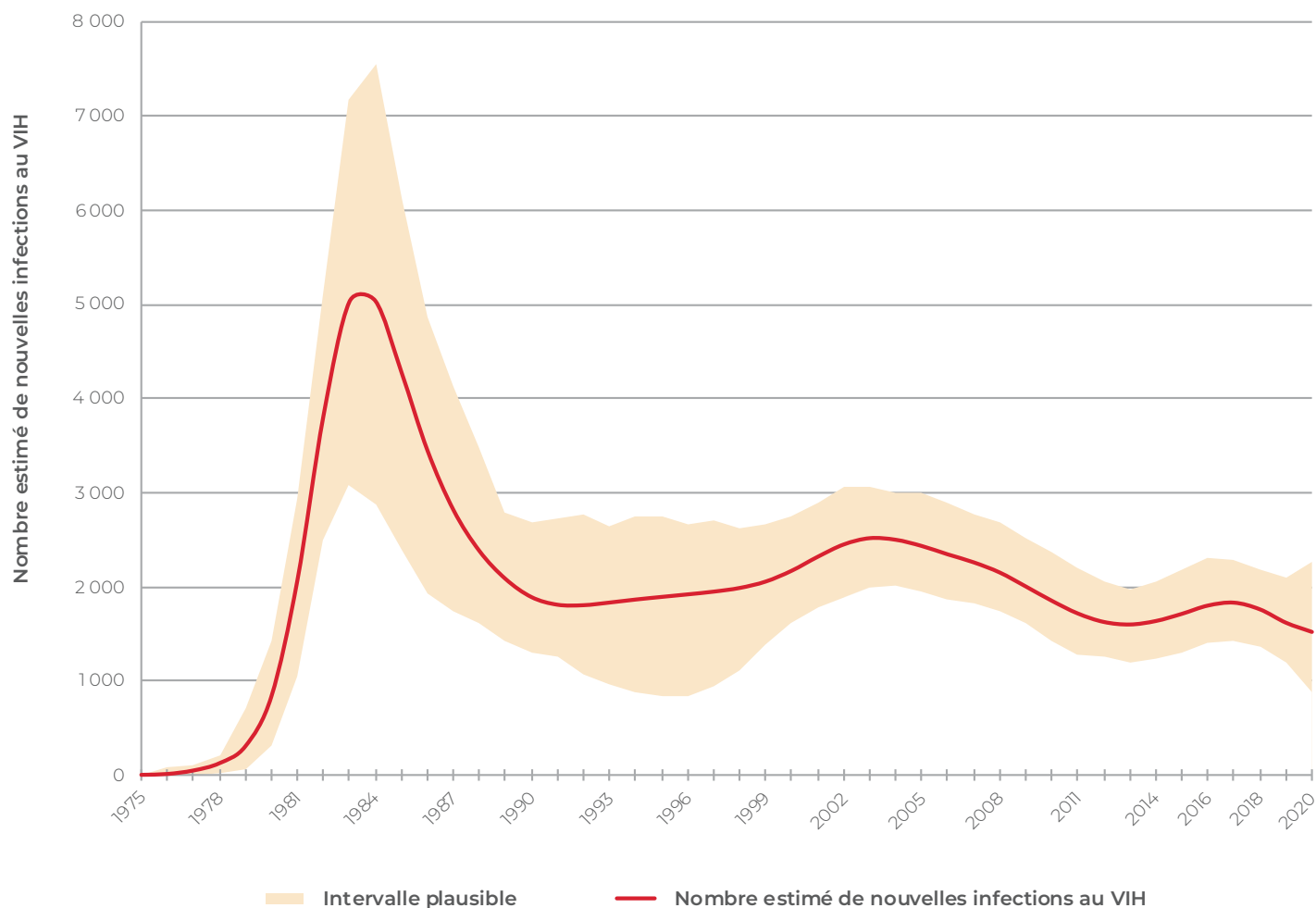
L'Agence estime que 1 520 nouvelles infections (variant entre 870 et 2 260) ont été contractées au Canada en 2020, ce qui représente une légère diminution par rapport à l'estimation de 2018 (1 760; intervalle de 1 360 et 2 190) (figure 3, annexe 2).

Le taux d'incidence estimé pour l'ensemble de la population canadienne pour 2020 était de 4,0 pour 100 000 habitants (de 2,3 à 6,0 pour 100 000 habitants), ce qui représente une légère diminution

par rapport à l'estimation de 2018 (4,7 pour 100 000 habitants; de 3,7 à 5,9 pour 100 000 habitants)^a.

La diminution observée des nouvelles infections par le VIH en 2020 peut avoir été influencée par un accès réduit aux services de dépistage du VIH en raison de la pandémie de COVID-19. D'autres années de données, en particulier pour 2022 et plus tard, sont nécessaires pour déterminer si la tendance des nouvelles infections au VIH va continuer à diminuer.

Figure 3. Incidence du VIH : Nombre annuel estimé de nouvelles infections au VIH au Canada (y compris les intervalles plausibles)



^a Statistique Canada. Estimation de la population au quatrième trimestre de 2020. Tableau 17-10-0009-01 Estimations de la population, trimestriel

L'incidence du VIH a été estimée au sein des groupes démographiques et des populations clés les plus touchés par le VIH au Canada, plus précisément selon le sexe, l'origine autochtone, les hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (gbHARSAH), les personnes hétérosexuelles, les personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI) et les gbHARSAH-UDI. L'annexe 2 contient les définitions des populations clés et du type d'exposition au VIH.

Parmi les nouvelles infections contractées en 2020, on estime que 666 étaient chez le gbHARSAH, ce qui représente 43,8 % de toutes les nouvelles infections au VIH en 2020 (figure 4, annexe 2). D'après des estimations récentes de la taille de la population gbHARSAH sexuellement active⁹, le taux d'incidence annuel estimé chez la population gbHARSAH sexuellement active en 2020 était de 166,2 pour 100 000 habitants. La proportion de nouvelles infections dans la population gbHARSAH continue de diminuer (46,5 % et 203,9 par 100 000 habitants en 2018).

Trois cents (300) des nouvelles infections estimées en 2020 ont été contractées chez les UDI, ce qui représente 19,8 % des nouvelles infections, soit une légère augmentation par rapport à l'estimation de 2018 (16,5 %). À l'aide d'estimations préliminaires

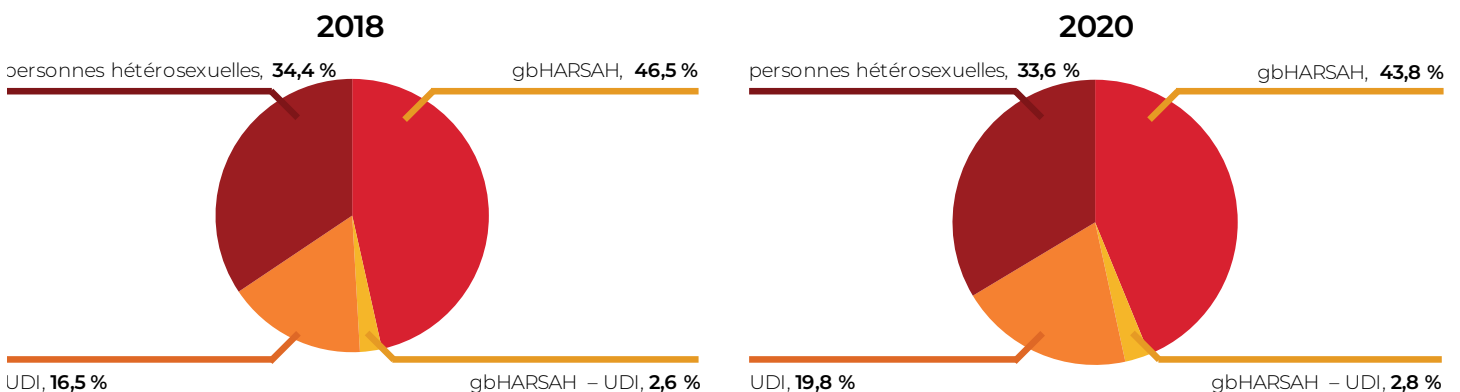
non publiées de la taille de la population des UDI qui se sont injectés des drogues au cours des 6 à 12 derniers mois, le taux d'incidence estimé en 2020 était de 239,4 pour 100 000 habitants. La proportion de nouvelles infections et le taux d'incidence annuel chez les UDI augmentent graduellement (16,5 % et 236,7 pour 100 000 en 2018). La proportion de nouvelles infections attribuées aux personnes hétérosexuelles a légèrement diminué, passant de 34,4 % en 2018 à 33,6 %.

En 2020, le taux d'incidence annuel estimé dans :

La population gbHARSAH sexuellement active (qui déclarent avoir eu des rapports sexuels anaux avec un homme au cours des 6-12 derniers mois) en 2020 était de 166,2 pour 100 000 habitants.

La population des personnes qui ont utilisé des drogues injectables dans les 6 à 12 derniers mois était de 239,4 pour 100 000 habitants.

Figure 4. Proportion de nouvelles infections au VIH par population clé, Canada, 2018 (n=1 760) et 2020 (n = 1 520) (voir les définitions à l'annexe 3)



On estime à 276 le nombre de nouvelles infections au VIH chez les Autochtones en 2020 (annexe 2), ce qui représentait 18,2 % de toutes les nouvelles infections en 2020. Il s'agit d'une augmentation par rapport à 2018, lors qu'on estimait que 14,7 % des nouvelles infections étaient chez les Autochtones. Toutefois, le taux d'incidence chez les peuples autochtones est demeuré stable, estimé à 15,2 pour 100 000 habitants (contre 14,2 pour 100 000 en 2018). On a estimé que près du tiers des nouvelles infections touchaient les femmes (32,0 %), ce qui représente une légère augmentation par rapport à l'estimation de 30,2 % de 2018.

Alors que la proportion de nouvelles infections parmi certaines populations clés (les UDI, les femmes et les autochtones) a augmenté par rapport à 2018, le nombre global de nouvelles infections a diminué en 2020 parmi les femmes (8,3 %) ; mais a légèrement augmenté parmi les PWID (3,4 %) et les Autochtones (7,0 %) (Annexe 2, Tableau 6).

La proportion de nouvelles infections et le nombre global de nouvelles infections ont diminué chez les gbHARSAH, les gbHARSAH-UDI, les hétérosexuels, les hommes et les personnes d'origine non autochtone (annexe 2, tableau 6).

Répartition géographique

Les provinces qui ont estimé le plus grand nombre de nouvelles infections en 2020 étaient l'Ontario, le Québec et la Saskatchewan (tableau 2), mais il y a une hétérogénéité entre les provinces et les territoires en ce qui concerne la représentation des cas nouveaux par population clé. Par exemple, en Colombie-Britannique, en Ontario, au Québec et dans les provinces de l'Atlantique, la population gbHARSAH représentait la moitié ou plus des cas nouveaux, tandis qu'en Saskatchewan et au Manitoba, les UDI représentaient plus de la moitié des cas nouveaux. En Alberta, les nouvelles infections au VIH ont été réparties entre les trois populations clés, la proportion la plus élevée étant observée chez les personnes hétérosexuelles.

Tableau 2. Nombre estimé de nouvelles infections au VIH et intervalles plausibles au Canada en 2020, selon la population clé et la province ou région

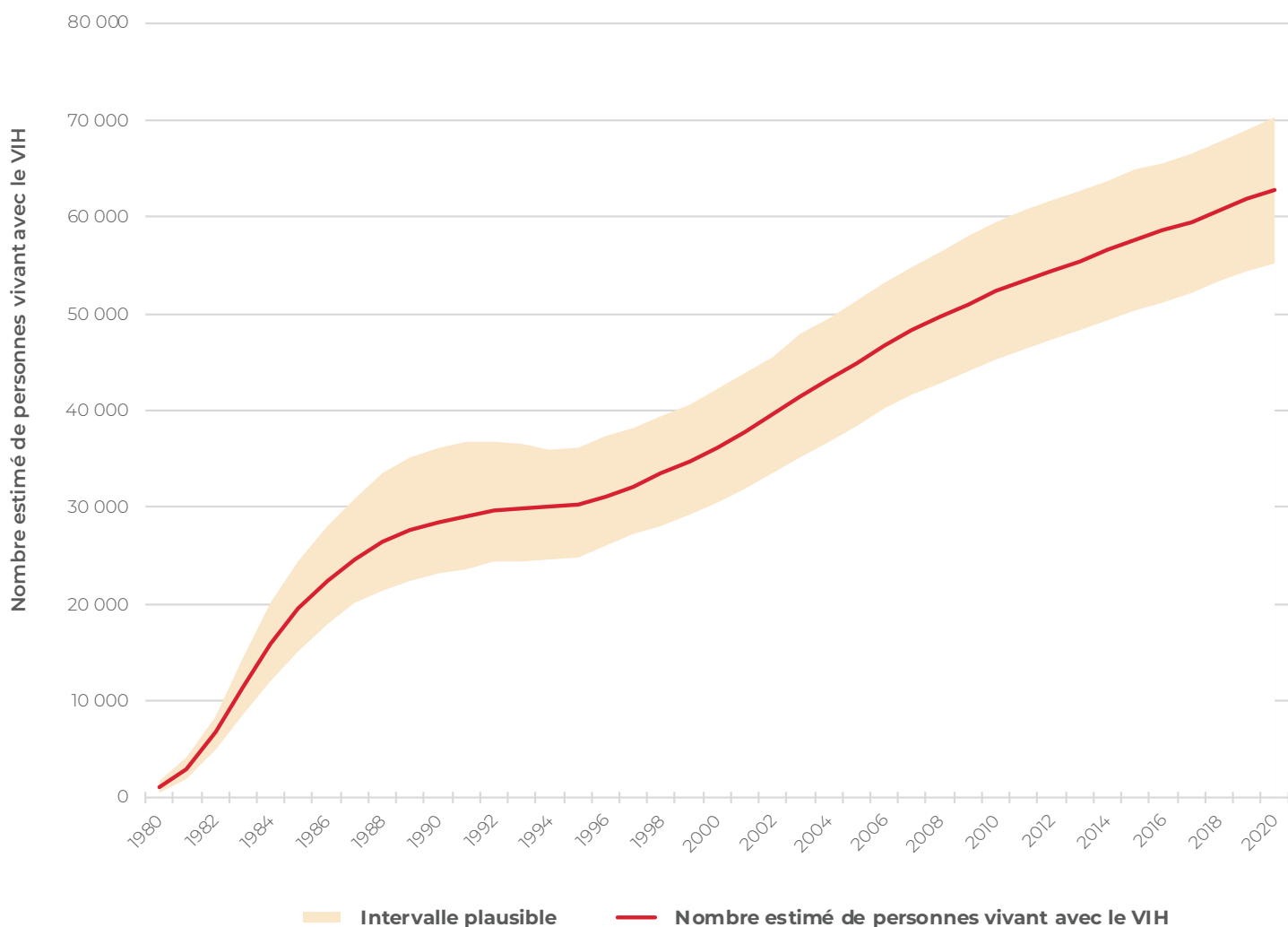
Province ou région	Mesure	Population clé				
		gbHARSAH	gbHARSAH – UDI	UDI	Personnes hétérosexuelles	Total
C.-B.	Estimation ponctuelle	56	2	23	27	108
	Intervalle	30-85	<10	10-40	10-45	50-170
	%	51,8	1,9	21,3	25,0	100
Alb.	Estimation ponctuelle	49	4	30	66	149
	Intervalle	25-75	<10	15-45	35-100	75-220
	%	32,9	2,7	20,1	44,3	100
Sask.	Estimation ponctuelle	14	6	134	60	214
	Intervalle	5-25	<10	65-200	30-90	105-320
	%	6,5	2,9	62,6	28,0	100
Man.	Estimation ponctuelle	8	2	51	24	85
	Intervalle	5-15	<10	25-75	10-35	40-130
	%	9,4	2,4	60,0	28,2	100
Ont.	Estimation ponctuelle	297	19	42	149	507
	Intervalle	150-440	10-30	20-65	75-225	250-760
	%	58,6	3,7	8,3	29,4	100
Québec	Estimation ponctuelle	215	9	14	172	410
	Intervalle	105-320	5-15	5-25	85-260	200-610
	%	52,4	2,2	3,4	42,0	100
Atlantique	Estimation ponctuelle	26	1	6	12	45
	Intervalle	10-40	<5	<10	5-20	20-70
	%	57,8	2,2	13,3	26,7	100
Territoires	Estimation ponctuelle	<i>Nombre non déclaré pour réduire la possibilité d'identifier des personnes</i>				2
	Intervalle					<10
	%					100
CANADA	Estimation ponctuelle	666	43	300	511	1 520
	Intervalle	330-1 000	20-70	150-450	250-770	870-2 260
	%	43,8	2,8	19,8	33,6	100

Prévalence du VIH – Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH au Canada

L'Agence estime qu'environ 62 790 personnes vivaient avec le VIH à la fin de 2020 (intervalle entre 55 200 et 70 300). Cette estimation représente une augmentation de 3,6 % par rapport à l'estimation

de 60 600 (entre 53 300 et 67 800) à la fin de 2018 (Figure 5, annexe 2). Le taux de prévalence estimé au Canada à la fin de 2020 était de 0,17 % (intervalle entre 0,15 % et 0,19 %).

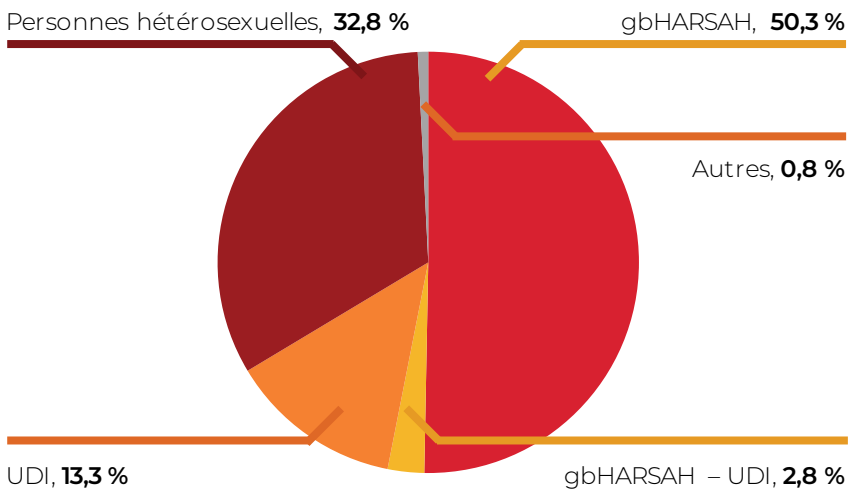
Figure 5. Prévalence du VIH : Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH au Canada (y compris les intervalles plausibles)



La prévalence du VIH a également été estimée au sein des groupes démographiques et des principaux groupes de population les plus touchés par le VIH au Canada, plus précisément selon le sexe, l'origine autochtone, la population gbHARSAH, les personnes hétérosexuelles, les UDI et la population gbHARSAH-UDI. L'annexe 2 contient les définitions des populations clés et du type d'exposition au VIH.

Sur les 62 790 PVVIH au Canada à la fin de 2020, la moitié (50,3 %) étaient des gbHARSAH, 13,3 % étaient des UDI et 32,8 % étaient des personnes hétérosexuelles (Figure 6).

Figure 6. Proportion de personnes vivant avec le VIH selon la population clé, Canada, à la fin de 2020 (n=62 790) (voir l'annexe 3 pour les définitions)



Environ une PVVIH sur quatre était de sexe féminin (24,6 %), et une sur dix (10,3 %) était autochtone. Ces proportions sont demeurées stables par rapport aux estimations de 2018 (annexe 2).

Répartition géographique

Les provinces où le nombre estimé de PVVIH était le plus élevé à la fin de 2020 étaient l'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique (Tableau 3). Cela était prévisible étant donné qu'il s'agit des

trois provinces les plus peuplées du Canada. La proportion de PVVIH selon la population clé variait d'une province ou d'un territoire à l'autre. Par exemple, en Colombie-Britannique, en Ontario, au Québec et dans les provinces de l'Atlantique, la population gbHARSAH représentait plus de la moitié des PVVIH, tandis qu'en Alberta et au Manitoba, les personnes hétérosexuelles représentaient plus de la moitié de toutes les PVVIH. En Saskatchewan, plus des deux tiers des PVVIH étaient des personnes utilisatrices de drogues injectables.

Tableau 3. Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH (prévalence) et intervalles plausibles au Canada en 2020, selon la population clé et la province ou région

Province ou région	Mesure	Population clé					
		gbHARSAH	gbHARSAH – UDI	UDI	Personnes hétérosexuelles	Autres	Total
C.-B.	Estimation ponctuelle	5 180	245	1 675	2 412	125	9 637
	Intervalle	4 400-6 000	200-290	1 400-1 900	2 000-2 800	90-160	8 200-11 000
	%	53,8	2,5	17,4	25,0	1,3	100
Alb.	Estimation ponctuelle	1 810	164	785	2 460	40	5 259
	Intervalle	1 500-2 100	120-210	650-900	2 100-2 800	20-60	4 500-6 000
	%	34,4	3,1	14,9	46,8	0,8	100
Sask.	Estimation ponctuelle	215	66	2 188	712	50	3 231
	Intervalle	170-260	40-90	1 800-2 600	570-850	30-70	2 700-3 700
	%	6,7	2,1	67,7	22,0	1,5	100
Man.	Estimation ponctuelle	483	47	354	1 122	20	2 026
	Intervalle	380-580	30-70	280-420	900-1 300	10-30	1 600-2 400
	%	23,8	2,3	17,5	55,4	1,0	100
Ont.	Estimation ponctuelle	13 325	737	1 888	7 310	120	23 380
	Intervalle	11 300-15 300	580-890	1 600-2 200	6 200-8 400	70-170	20 000-26 500
	%	57,0	3,1	8,1	31,3	0,5	100
Québec	Estimation ponctuelle	9 660	460	1 308	6 148	150	17 726
	Intervalle	8 200-11 100	360-560	1 100-1 500	5 200-7 000	80-200	15 000-20 300
	%	54,5	2,6	7,4	34,7	0,8	100
Atlantique	Estimation ponctuelle	899	27	125	394	13	1 458
	Intervalle	720-1 070	20-40	80-170	310-470	10-20	1 100-1 800
	%	61,6	1,9	8,6	27,0	0,9	100
Territoires	Estimation ponctuelle	<i>Nombre non déclaré pour réduire la possibilité d'identifier des personnes</i>					73
	Intervalle						50-110
	%						100
CANADA	Estimation ponctuelle	31 589	1 746	8 338	20 597	520	62 790
	Intervalle	27 000-36 100	1 400-2 100	7 000-9 600	17 600-23 500	410-630	55 200-70 300
	%	50,3	2,8	13,3	32,8	0,8	100

Progrès réalisés par le Canada pour atteindre les cibles 90-90-90 pour le VIH d'ici 2020

Au Canada, à la fin de 2020, environ 62 790 personnes vivaient avec le VIH (intervalle plausible de 55 200 à 70 300). Parmi les personnes vivant avec le VIH, environ 90 % (intervalle plausible de 84 % à 96 %) avaient reçu un diagnostic. Parmi celles ayant reçu un diagnostic, on a estimé que 87 % suivaient un traitement (intervalle plausible de 83 % à 91 %) et que 95 % des personnes suivant un traitement avaient une charge virale supprimée (intervalle plausible de 93 % à 97 %) (figure 7 et tableau 4).

Les estimations des mesures 90-90-90 du Canada pour 2020 se situent dans l'intervalle indiqué par d'autres pays développés comme les États-Unis d'Amérique¹⁰, la France¹¹, l'Allemagne¹¹, l'Australie¹², les Pays-Bas¹³ et la Finlande¹⁴.

Le Canada a atteint les 1^{re} et 3^e cibles 90-90-90 établies pour 2020.

Figure 7. 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 2020 (les barres verticales représentant les intervalles plausibles).

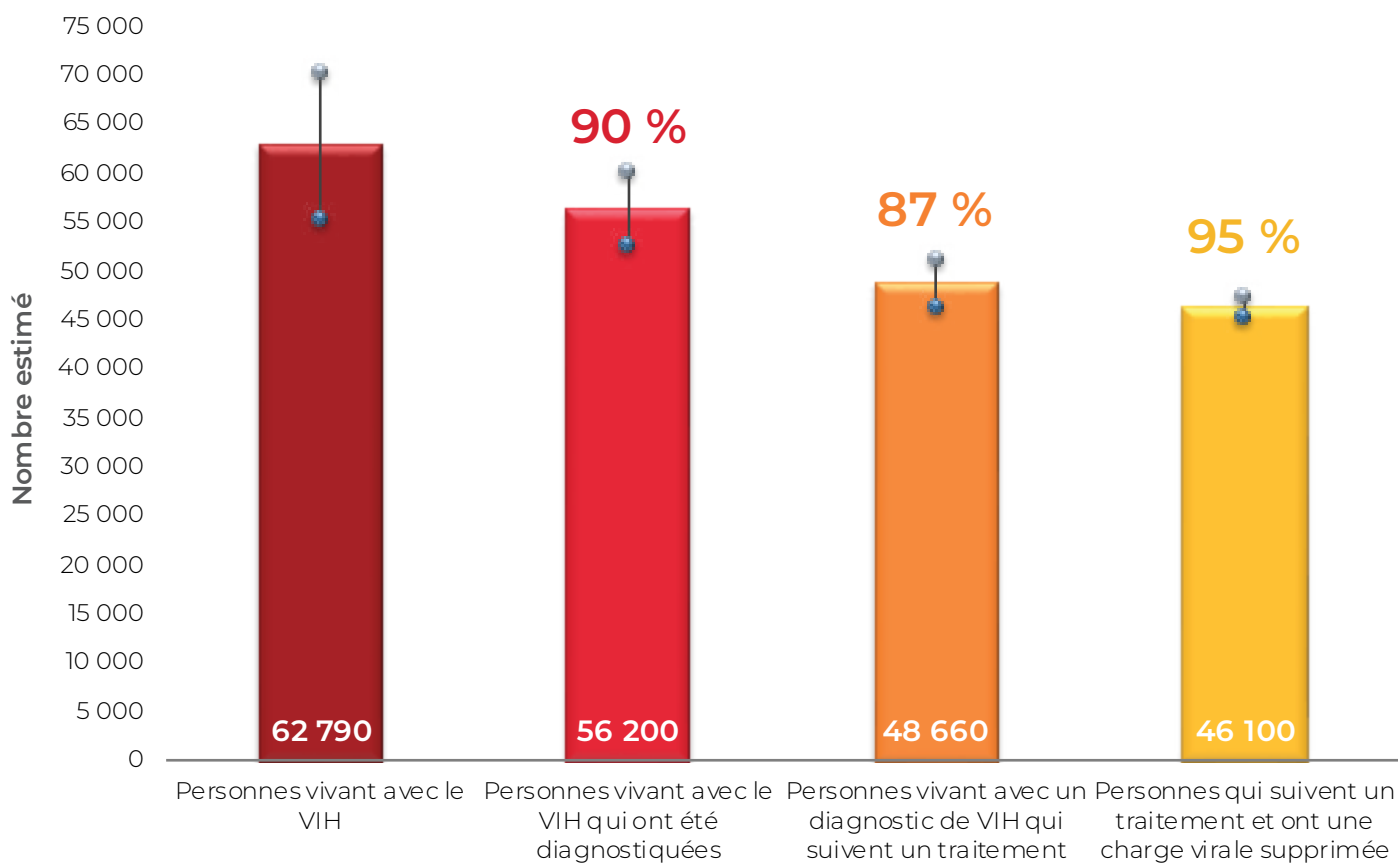


Tableau 4. Nombre et pourcentage estimés de personnes vivant avec le VIH, ayant reçu un diagnostic, suivant un traitement et ayant des niveaux indétectables du virus, avec les intervalles plausibles, Canada, 2020

Mesure	Personnes vivant avec le VIH	Personnes vivant avec le VIH qui ont été diagnostiquées	Personnes vivant avec un diagnostic de VIH qui suivent un traitement	Personnes qui suivent un traitement et ont une charge virale supprimée
Estimation (%)	s/o	90 %	87 %	95 %
Intervalle plausible (%)	s/o	84 % – 96 %	83 % – 91 %	93 % – 97 %
Estimation (nombre)	62 790	56 200	48 660	46 100
Intervalle plausible (n)	55 200 – 70 300	52 500 – 60 000	46 300 – 51 100	45 000 – 47 200

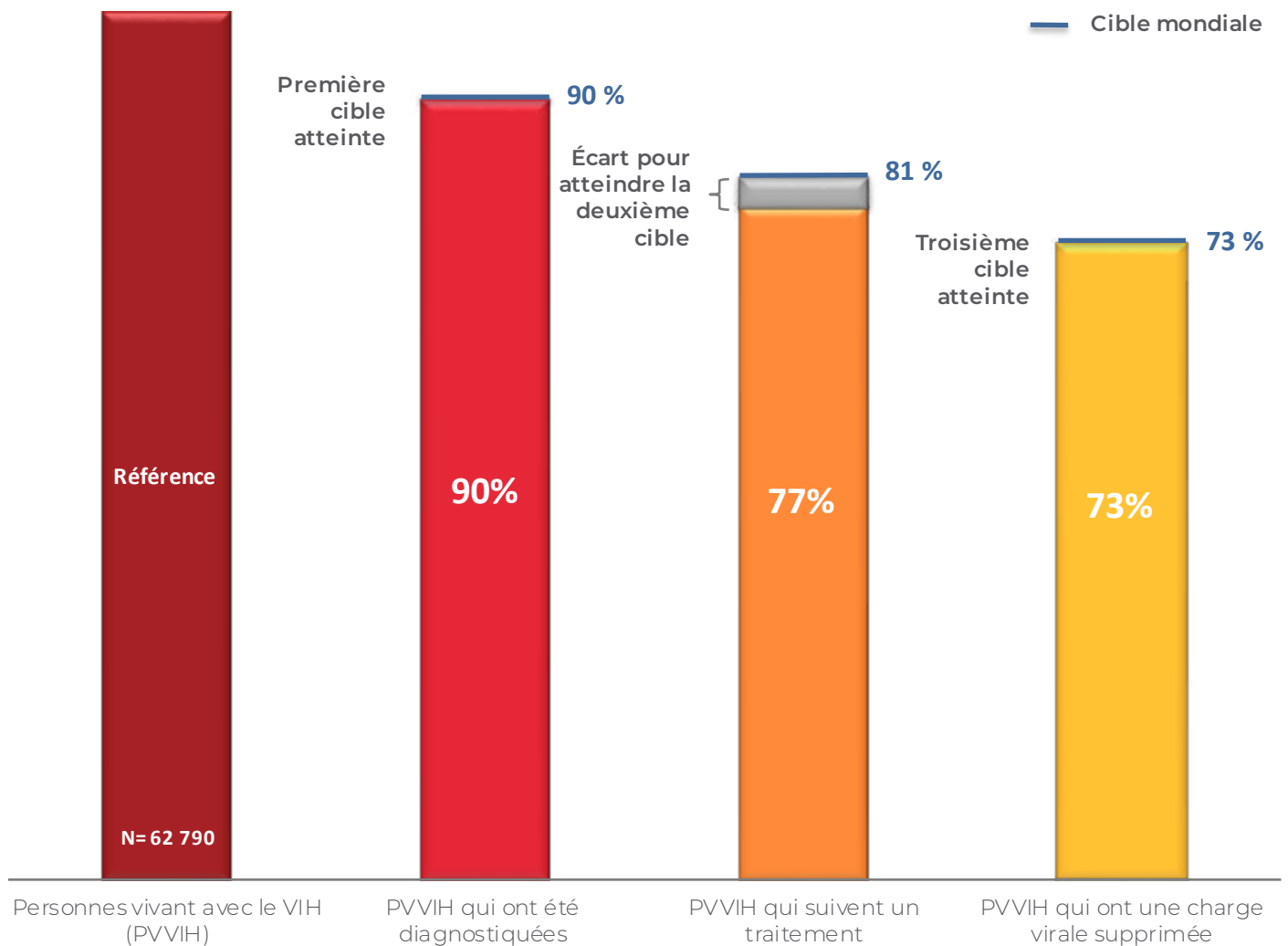
Depuis 2018, le Canada a réalisé des progrès vers l'atteinte des trois cibles 90-90-90. En utilisant les méthodes et les données actuelles pour réviser les estimations antérieures, on a estimé qu'en 2018, 89 % (83-95 %) de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique, 85 % (81-89 %) des personnes ayant reçu un diagnostic suivaient un traitement et 94 % (92-96 %) des personnes suivant un traitement avaient une charge virale supprimée.

En tant que pays, le Canada a réalisé des progrès par rapport aux estimations précédentes de 2018 concernant le continuum de soins. En utilisant l'approche de mesure basée sur le continuum de soins, on a estimé que 73 % des personnes vivant avec le VIH au Canada en 2020 avaient une charge virale supprimée. On s'attend à ce que ces personnes tirent des avantages personnels sur le plan de la santé et ne transmettent pas l'infection tant qu'elles ont une charge virale supprimée¹⁵. Même si le Canada n'a pas atteint la deuxième cible liée au traitement, le niveau élevé de suppression de la charge virale compense l'écart dans le nombre de personnes suivant un traitement, ce qui permet au Canada d'atteindre la cible globale de 73 % de toutes les personnes vivant avec le VIH qui ont une charge virale supprimée. (Figure 8)

En 2020, environ 16 690 personnes au Canada n'étaient pas engagées ou représentées dans le continuum de soins du VIH.

Les écarts les plus importants ont été observés chez les personnes qui ont reçu un diagnostic, mais qui ne suivaient pas de traitement, suivies de celles qui n'avaient pas reçu de diagnostic.

Figure 8. Continuum de soins liés au VIH au Canada et écart pour atteindre les cibles mondiales, 2020



En utilisant les données pour mieux comprendre qui n'a pas été rejoint tout au long du continuum de soins, il est possible d'ajuster les programmes de santé communautaire et de santé publique de façon à améliorer leur portée afin d'augmenter le nombre de personnes qui atteignent et maintiennent une charge virale supprimée. On estime qu'en 2020, 16 690 personnes au Canada n'étaient pas engagées ou représentées dans le continuum de soins du VIH. Les écarts les plus importants ont été observés chez les personnes qui ont reçu un diagnostic, mais qui ne suivaient pas de traitement (7 540; 45 %), suivies de celles qui n'avaient pas reçu de diagnostic (6 590; 40 %), ce qui laisse supposer le besoin d'interventions visant l'acheminement vers des soins et des services de dépistage et le maintien dans le continuum de soins. On estime que 2 560 (15 %) des personnes suivaient un traitement, mais avaient une charge

virale détectable. Les personnes qui ont échappé au continuum de soins du VIH représentent une occasion importante d'assurer de meilleurs résultats en matière de santé individuelle et de réduire la transmission du VIH dans la communauté.

Estimations des cibles 90-90-90 selon le sexe

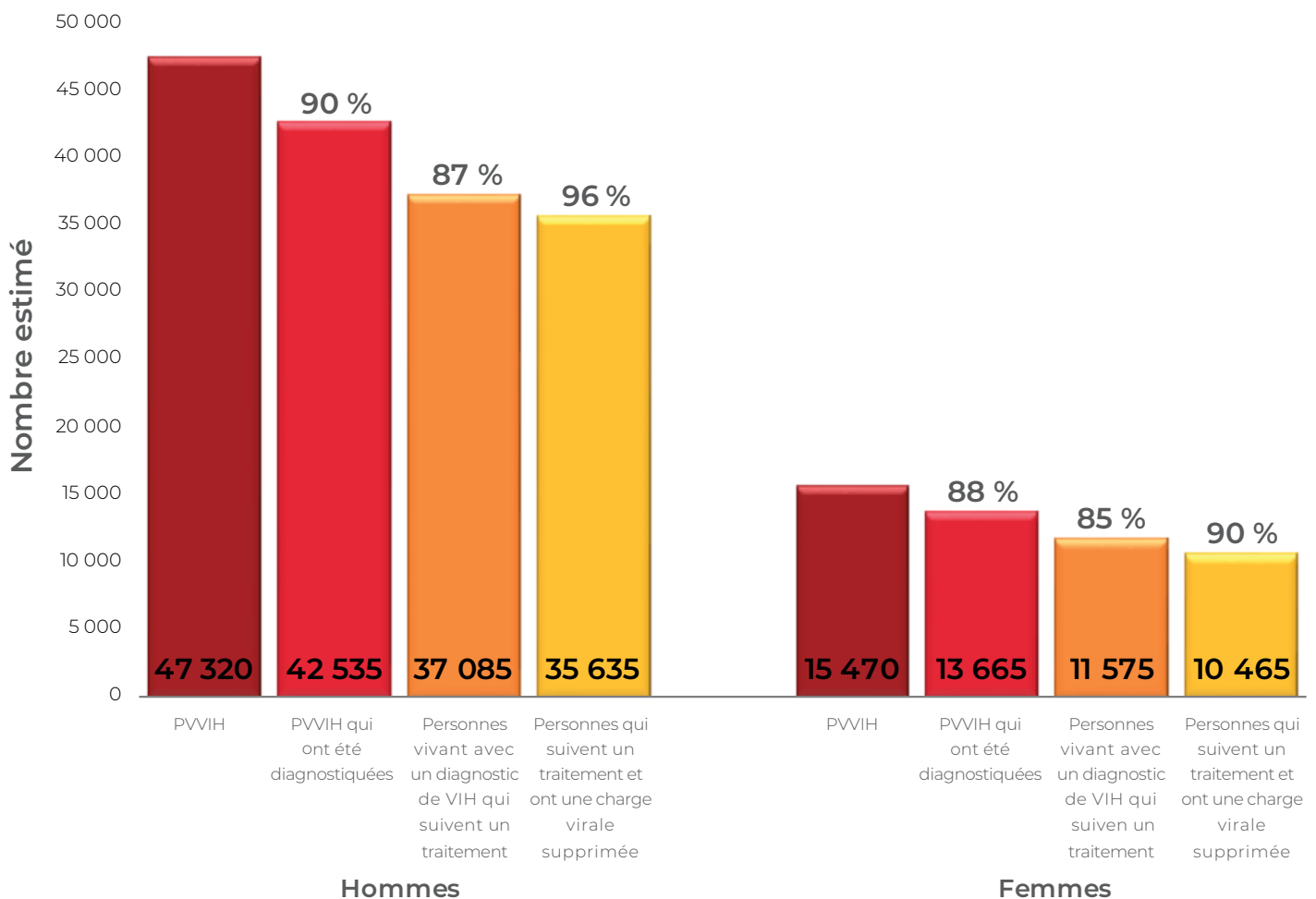
Le nouvel engagement mondial à mettre fin à toutes les inégalités auxquelles sont confrontées les collectivités et les personnes touchées par le VIH recommande que chaque pays définisse les populations spécifiques qui sont au cœur de son épidémie et de sa réponse, en fonction du contexte épidémiologique local. Afin de mesurer les progrès réalisés vers l'atteinte des cibles mondiales du VIH dans les groupes pertinents sur le plan épidémiologique au Canada, l'ASPC, pour

la première fois, a collaboré avec des partenaires provinciaux et territoriaux afin d'estimer le nombre de personnes vivant avec le VIH selon le sexe, et de rendre compte des progrès réalisés vers les cibles 90-90-90 selon le sexe et la province ou la région.

Au Canada, à la fin de 2020, parmi les 62 790 PVVIH, 47 320 étaient des hommes (75,4 %) et 15 470 étaient des femmes (24,6 %) ^b. Chez les hommes vivant avec le VIH, on estime que 90 % ont reçu un diagnostic et que, parmi ceux qui ont reçu un diagnostic, 87 % suivaient un traitement, et que 96 % d'entre eux avaient une charge virale supprimée (figure 9 et tableau 5).

Par comparaison aux hommes vivant avec le VIH au Canada, les femmes semblent moins nombreuses à connaître leur statut VIH, à être sous traitement et à avoir une charge virale supprimée. Environ 88 % des femmes vivant avec le VIH avaient reçu un diagnostic. On a estimé que 85 % des femmes ayant reçu un diagnostic suivaient un traitement et que 90 % de celles qui suivaient un traitement avaient une charge virale supprimée. (Figure 9 et tableau 5)

Figure 9. Nombre et pourcentage estimés de personnes vivant avec le VIH, ayant reçu un diagnostic, suivant un traitement et ayant des niveaux indétectables du virus, selon le sexe, à la fin de 2020.



^b Les désignations de sexe dans le présent rapport sont fondées sur le sexe d'une personne à la naissance.

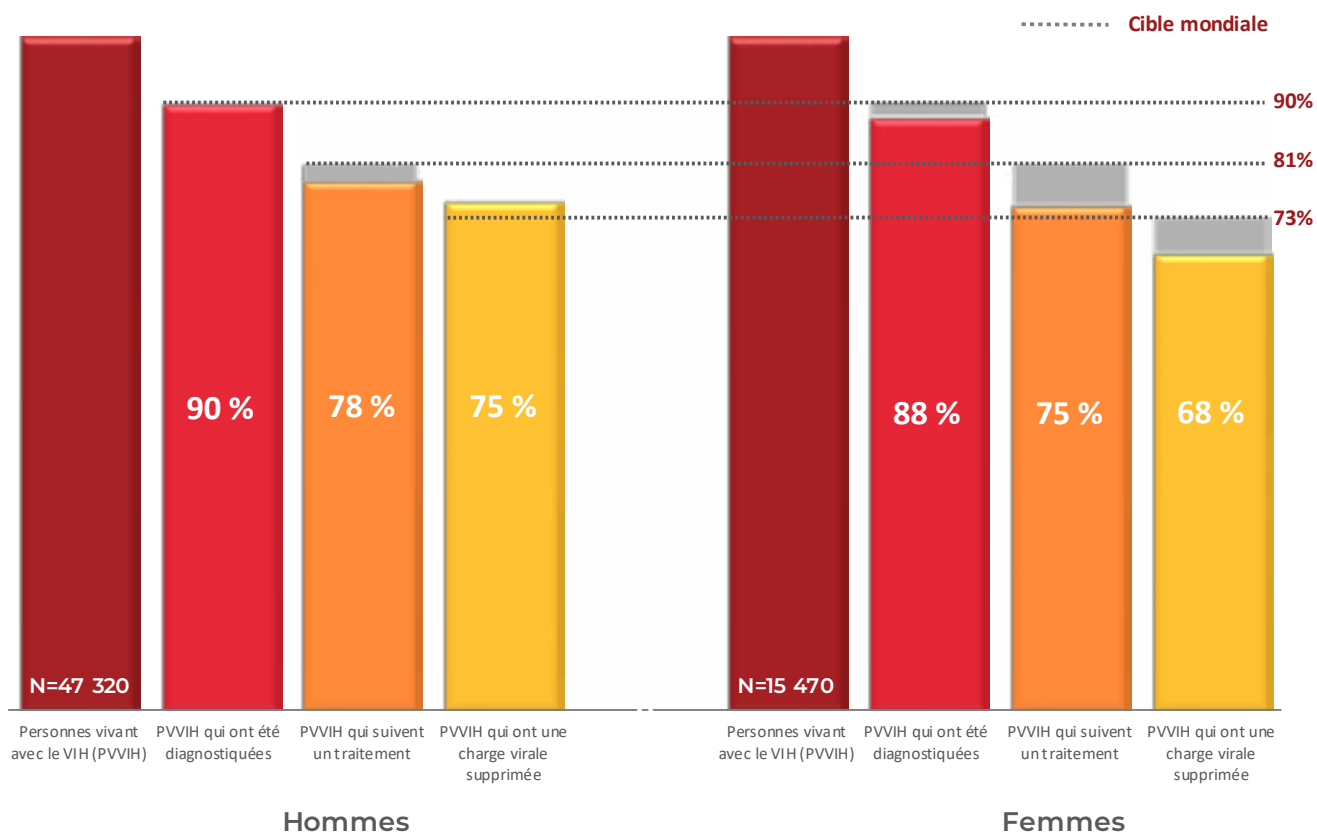
Tableau 5. Nombre et pourcentage estimés de personnes vivant avec le VIH, ayant reçu un diagnostic, suivant un traitement et ayant des niveaux indétectables du virus, avec les intervalles plausibles, hommes et femmes, Canada, 2020

	Personnes vivant avec le VIH		Personnes vivant avec le VIH qui ont été diagnostiquées		Personnes vivant avec un diagnostic de VIH qui suivent un traitement		Personnes qui suivent un traitement et ont une charge virale supprimée	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Estimation (%)	s/o	s/o	90 %	88 %	87 %	85 %	96 %	90 %
Intervalle plausible (%)	s/o	s/o	84 %-96 %	82 %-94 %	83 %-91 %	81 %-89 %	94 %-98 %	88 %-92 %
Estimation (nombre)	47 320	15 470	42 535	13 665	37 085	11 575	35 635	10 465
Intervalle plausible (n)	41 500-53 000	13 500-17 600	39 600-45 400	12 700-14 600	35 100-39 000	11 000-12 200	34 700-36 500	10 100-10 800

On estime que 11 685 hommes et 5 005 femmes au Canada n'étaient pas engagés ou représentés dans le continuum des soins (figure 10). Tant chez les hommes que chez les femmes, les écarts les plus importants ont été observés chez les personnes qui avaient reçu un diagnostic, mais qui ne suivaient pas de traitement (47 % chez les hommes et 42 %

chez les femmes), suivis des personnes qui n'avaient pas reçu de diagnostic (41 % chez les hommes et 36 % chez les femmes). Vingt-deux pour cent des femmes qui ont échappé au continuum de soins suivaient un traitement, mais avaient une charge virale détectable, comparativement à 12 % chez les hommes.

Figure 10. Continuum de soins du Canada et écart pour atteindre les cibles mondiales, hommes et femmes, 2020



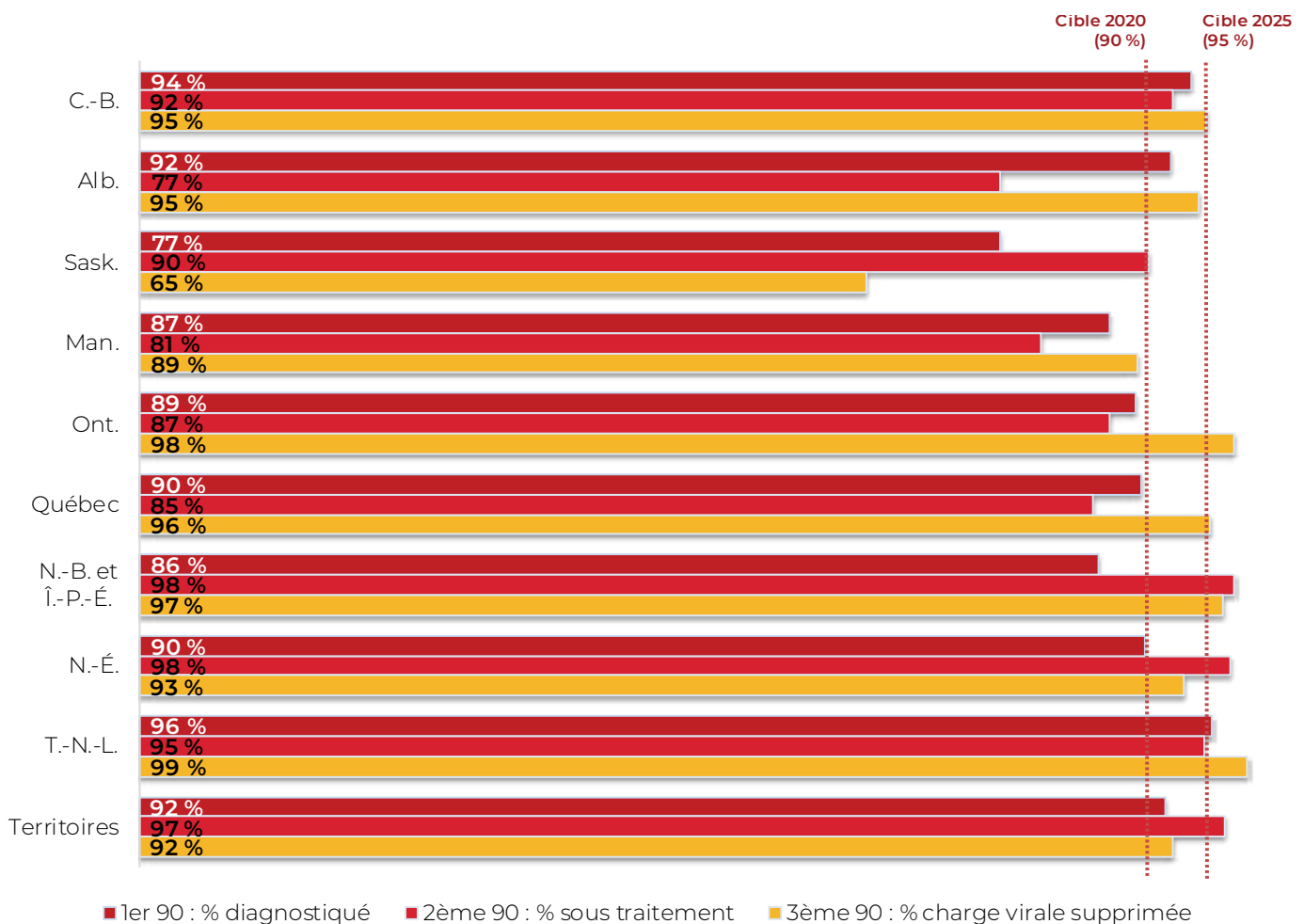
Estimations des cibles 90-90-90 selon la région géographique

Pour déterminer les progrès vers les cibles du VIH, il est essentiel de procéder à une évaluation systématique non seulement au niveau des pays, mais également au niveau des régions. La détermination des lacunes dans le continuum de soins du VIH peut aider à apporter les correctifs nécessaires pour améliorer les programmes de prévention et de soins, au besoin. Pour la première fois depuis que le Canada a commencé (2016) à mesurer les progrès vers l'atteinte des cibles mondiales 90-90-90, les progrès réalisés dans l'ensemble des provinces et des territoires du Canada sont présentés ci-dessous. Certaines provinces et certains territoires ont été regroupés parce que la prestation des traitements et des soins du VIH se fait conjointement entre deux provinces, ou parce que les données sont trop peu nombreuses pour être présentées séparément.

Six des dix provinces ou territoires ont atteint la première cible de 90 %, et ≥ 90 % des personnes vivant avec le VIH dans leur région ont reçu un diagnostic. La plupart des autres provinces ou territoires étaient sur le point d'atteindre la première cible 90 %. (Figure 11) La proportion de personnes ayant reçu un diagnostic de VIH qui suivaient un traitement variait de 77 % à 98 %, six provinces ou territoires atteignant la deuxième cible de 90 %. La plupart des provinces ou territoires ont atteint la 3e cible de 90 % en ce qui concerne la suppression de la charge virale. (Figure 11)

En utilisant l'approche de mesure du continuum de soins du VIH, où le dénominateur reste l'ensemble des PVVIH à travers le continuum, sept des dix juridictions ont déjà atteint la cible mondiale de 73% des PVVIH ayant une charge virale supprimée.

Figure 11. Nombre et pourcentage estimés de personnes vivant avec le VIH, ayant reçu un diagnostic, suivant un traitement et ayant des niveaux indétectables du virus par province ou région, à la fin de 2020



Estimations des cibles 90-90-90 dans les populations prioritaires

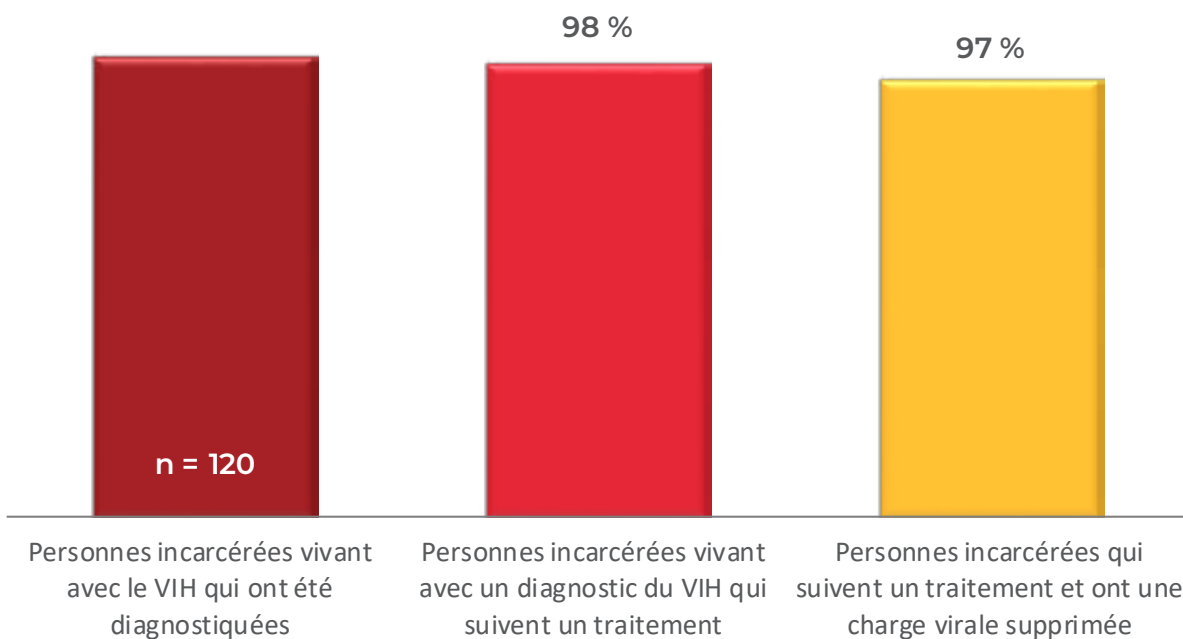
La déclaration de politique actualisée de l'ONUSIDA exhorte les pays à utiliser les données épidémiologiques pour identifier les populations prioritaires qui sont les plus exposées au VIH, afin de dégager des renseignements pour la planification de services de prévention, de soins, de traitement et autres axés sur la population. L'ASPC collabore avec les provinces, les territoires et les organismes communautaires pour tenter de fournir des mesures plus précises à l'échelle communautaire des progrès réalisés en vue d'atteindre les cibles mondiales. Les estimations de plusieurs populations prioritaires sont présentées ci-dessous (données de 2017 à 2020). Les données sur les populations clés ne correspondent pas toujours aux données nationales, et un ensemble complet de mesures n'est pas disponible pour toutes les communautés.

Établissements correctionnels fédéraux

Toutes les personnes incarcérées dans des établissements correctionnels fédéraux se voient offrir une évaluation de santé à leur admission

et sont également aiguillées vers un test de dépistage du VIH ou peuvent demander d'en passer un à n'importe quel moment pendant leur incarcération. À la fin de 2020, on estimait que 0,92 % des personnes incarcérées étaient séropositives au VIH et que 88 % des personnes incarcérées connaissaient leur statut sérologique. Cela comprend les personnes qui ont subi un test de dépistage du VIH avant leur incarcération, celles qui ont accepté un test de dépistage volontaire à l'admission et celles qui ont été aiguillées vers un test de dépistage du VIH ou qui en ont fait la demande pendant leur incarcération. Cette mesure est utilisée comme valeur de substitution pour le premier indicateur de 90 % pour les établissements correctionnels fédéraux, selon les données actuellement disponibles. Parmi les 120 personnes incarcérées ayant reçu un diagnostic de VIH à la fin de 2020, 98 % des personnes connaissant leur statut suivaient un traitement et 97 % des personnes suivant un traitement avaient une charge virale supprimée (figure 12).

Figure 12. Proportion estimée de personnes incarcérées ayant reçu un diagnostic de VIH, suivant traitement et ayant une charge virale supprimée, établissements correctionnels fédéraux, 2020

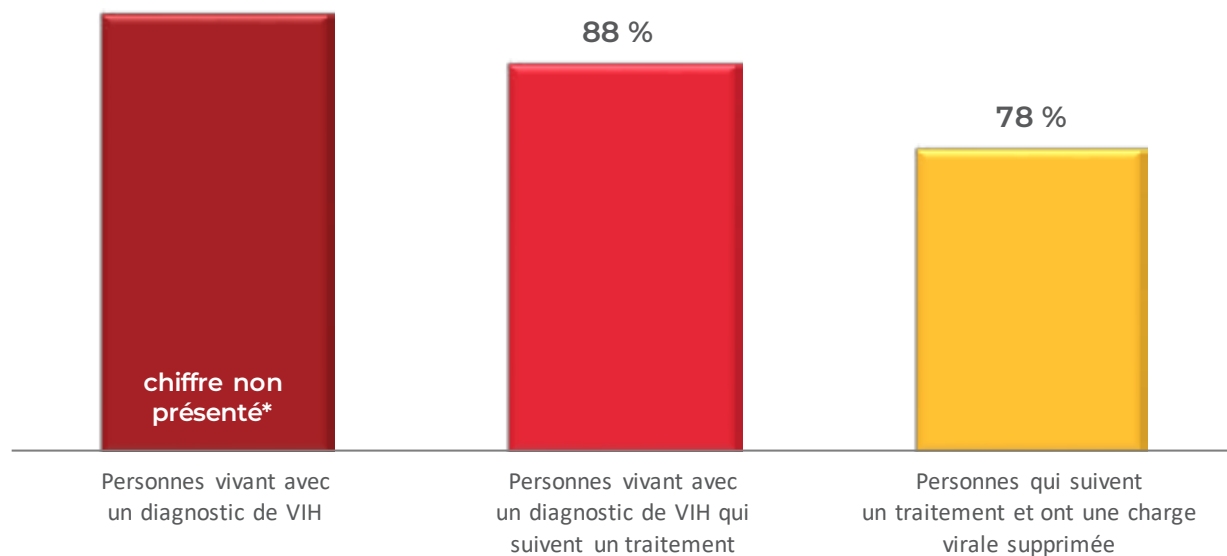


Collectivités des Premières Nations en Saskatchewan

Les données de toutes les 82 collectivités des Premières Nations de la Saskatchewan montrent qu'à la fin de 2020, 88 % des personnes qui vivaient avec le VIH suivaient un traitement et 78 % qui suivaient un traitement avaient une charge virale

supprimée (figure 13). La proportion de personnes suivant un traitement a augmenté depuis 2018, année où elle était estimée à 79 %. La proportion de personnes ayant une charge virale supprimée a légèrement diminué depuis 2018, année où l'on a estimé que 81 % des personnes suivant un traitement avaient une charge virale supprimée.

Figure 13. Proportion estimée de personnes vivant avec un diagnostic de VIH qui suivaient un traitement et présentaient une charge virale supprimée, collectivités des Premières Nations de la Saskatchewan, 2020



* Ce chiffre n'est pas présenté pour réduire la possibilité d'identifier les individus

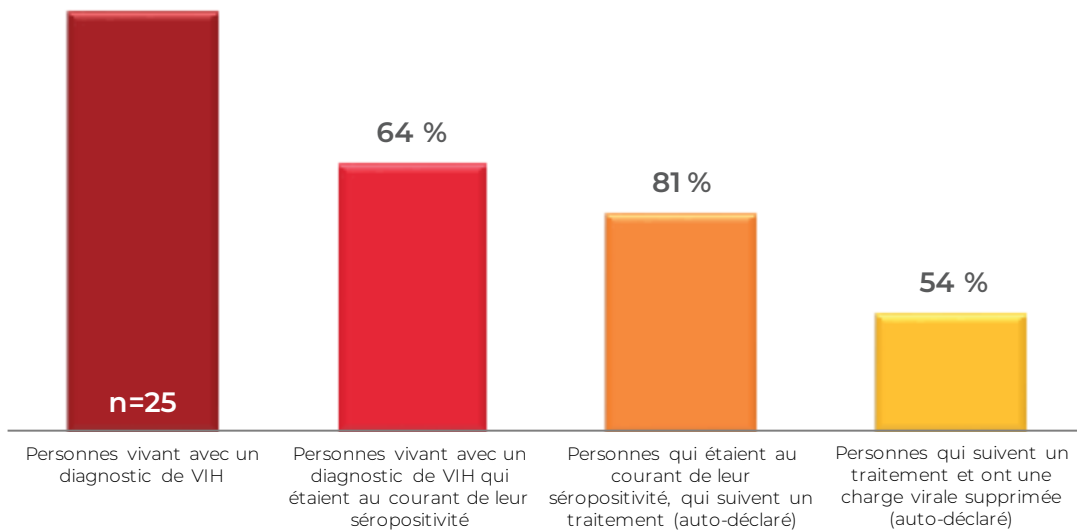
Enquêtes Track mises en œuvre par les Premières Nations en Saskatchewan et en Alberta

De 2018 à 2020, le système intégré de biosurveillance comportementale de l'Agence de la santé publique du Canada – Enquêtes Tracks – a été mis en œuvre par les organismes de services de santé des Premières Nations de l'Alberta et de la Saskatchewan. Les équipes d'enquête dirigées par les Premières Nations ont invité les membres de la collectivité qui s'identifient comme membres des Premières Nations, Inuits ou Métis à participer à l'enquête Tracks et au dépistage du VIH, de l'hépatite C et de la syphilis¹⁶. Les résultats des

questions sur la prise en charge du VIH sont présentés ci-dessous.

La majorité (95 %) des participants à l'enquête ont fourni un échantillon de sang aux fins du dépistage du VIH. Parmi les participants chez qui le dépistage des anticorps du VIH s'est révélé positif et qui ont déclaré avoir été sensibilisés, 64 % connaissaient leur séropositivité. Parmi ceux qui étaient au courant de leur séropositivité, 81 % ont déclaré suivre un traitement antirétroviral au moment de l'enquête et 54 % des personnes suivant un traitement ont déclaré avoir une charge virale supprimée (figure 14)¹⁶.

Figure 14. Proportion estimée de personnes qui étaient au courant de leur séropositivité, qui suivaient un traitement et qui avaient une charge virale supprimée, les Premières Nations de la Saskatchewan et de l'Alberta, 2018-2020¹⁶



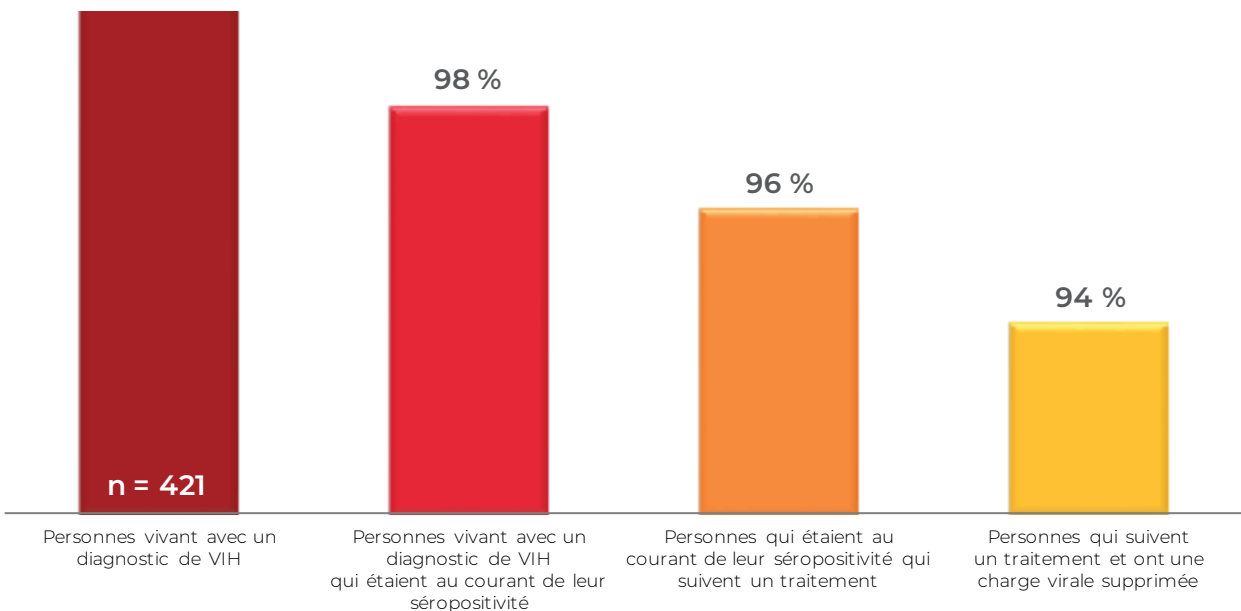
gbHARSAH

L'étude Engage est un projet de recherche bio-comportementale qui s'appuie sur les réseaux sociaux pour recruter des participants initiaux dans trois des plus grandes villes du Canada. La participation comprend des tests de dépistage réguliers (tous les six mois) des infections transmissibles sexuellement et la participation à un questionnaire auto-administré pour comprendre les facteurs qui influent sur la santé sexuelle des hommes gais, bisexuels et queers, y compris les hommes trans, et d'autres hommes qui ont des

relations sexuelles avec des hommes¹⁷. Pour cette analyse, les données non ajustées des trois sites ont été utilisées, par conséquent, les données présentées ci-dessous peuvent différer des publications précédentes¹⁸.

Parmi les 421 participants à l'étude qui ont reçu un diagnostic de VIH au cours de la période de l'étude (2017-2019), 98 % connaissaient leur sérologie, 96 % suivaient un traitement antirétroviral et 94 % avaient une charge virale supprimée confirmée en laboratoire (≤ 200 copies/ml)^{19,20,21} (figure 15).

Figure 15. Proportion estimée de personnes qui étaient au courant de leur séropositivité, qui suivaient un traitement et qui avaient une charge virale supprimée, étude Engage, 2017-2019^{19,20,21}

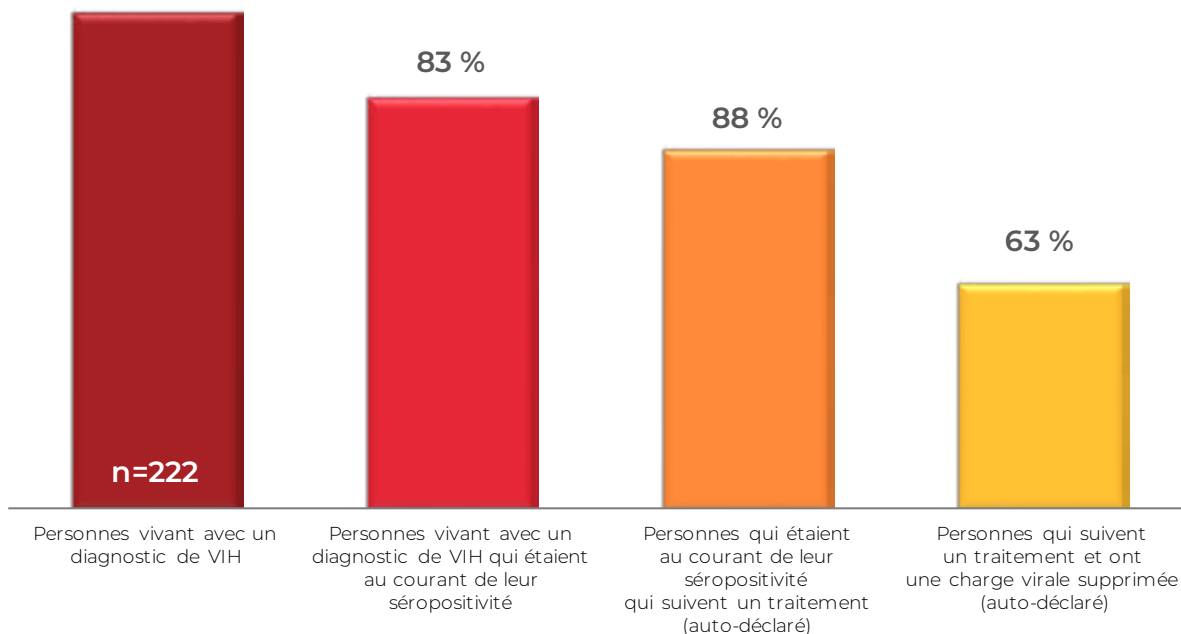


Personnes utilisatrices de drogues injectables

L'enquête Tracks a permis de recueillir des données sur les personnes utilisatrices de drogues injectables dans 14 sites sentinelles au Canada de 2017 à 2019 parmi les personnes ayant utilisé des drogues injectables six mois avant la participation. La prévalence du VIH était de 10,3 %. Parmi les participants chez qui le dépistage des anticorps

du VIH s'est révélé positif et qui ont fourni des renseignements sur leur connaissance de leur statut VIH, 83 % étaient au courant de leur séropositivité. Parmi ceux qui étaient au courant de leur séropositivité, 88 % ont déclaré suivre un traitement antirétroviral au moment de l'enquête et 63 % des personnes suivant un traitement ont déclaré une charge virale supprimée (figure 16)²².

Figure 16. Proportion estimée de personnes qui étaient au courant de leur séropositivité, qui suivaient un traitement et qui avaient une charge virale supprimée, enquête Tracks auprès des UDI, 2018-2020²²

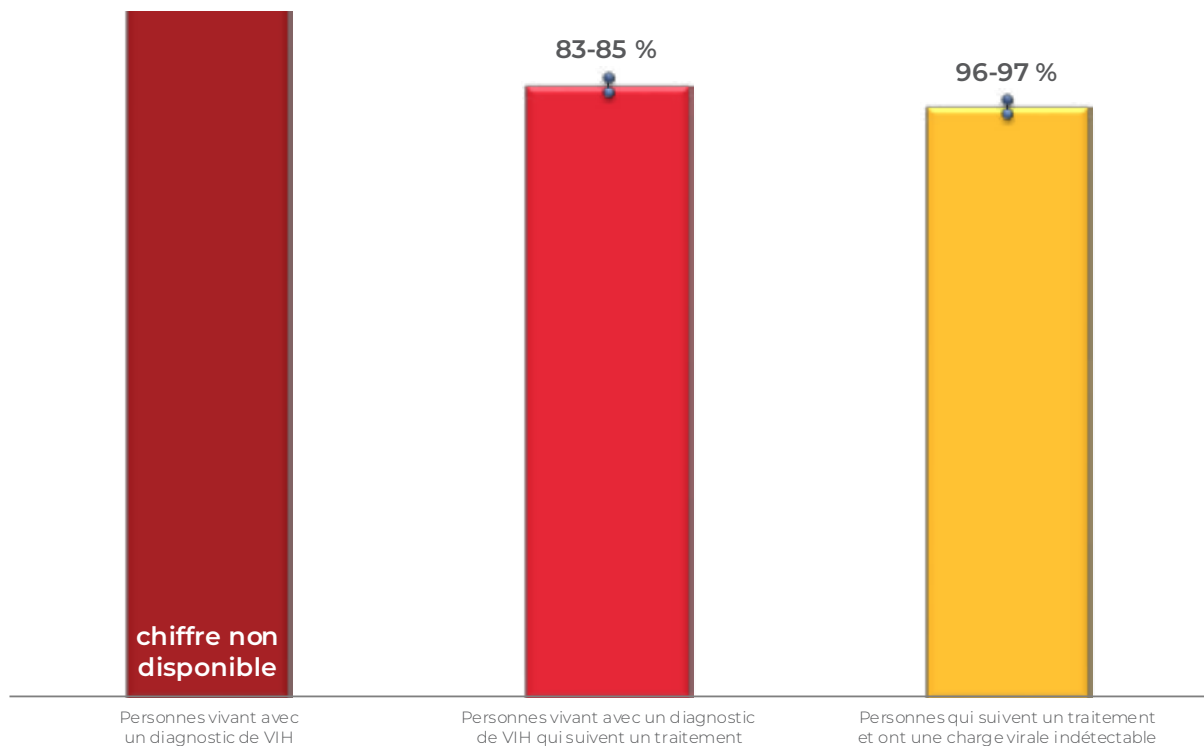


Communauté africaine, caribéenne et noire

L'initiative Ontario HIV Epidemiology and Surveillance Initiative (OHESI) a estimé la proportion de personnes africaines, caribéennes et noires ayant reçu un diagnostic de VIH en Ontario qui suivaient un traitement, et la proportion de personnes suivant un traitement qui présentaient une charge virale supprimée (les 2^e et 3^e cibles 90-90-90). Les données de 2018 montrent que de 83 à 85 % des personnes

ACB ayant reçu un diagnostic de VIH en Ontario suivaient un traitement antirétroviral, et que de 96 à 97 % des personnes qui suivent un traitement antirétroviral présentaient une charge virale supprimée (figure 17). En 2018, les personnes ACB en Ontario ont atteint des niveaux de participation au traitement et de suppression de la charge virale comparables à ceux des autres Ontariens ayant reçu un diagnostic de VIH²³.

Figure 17. Proportion estimée de personnes qui suivaient un traitement et qui avaient une charge virale supprimée, communauté africaine, caribéenne et noire en Ontario, 2018²³



Des résultats semblables ont été présentés dans le cadre de l'étude A/C – un projet de recherche communautaire élaboré par une équipe de chercheurs et de fournisseurs de services principalement africains, caribéens et noirs à Toronto et à Ottawa²⁴. La prévalence du VIH chez les participants à l'étude était de 8,4 %; 85 % des

personnes séropositives ont déclaré être au courant de leur séropositivité et 88 % de celles-ci ont déclaré prendre actuellement des médicaments d'ordonnance contre l'infection au VIH. L'étude n'incluait pas de questions sur la suppression de la charge virale.

Discussion et conclusion

Le rapport sur les estimations nationales concernant le VIH pour l'année 2020 fournit des renseignements à jour sur les tendances liées au VIH au Canada. Ces estimations continueront d'être utilisées pour appuyer le *Plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, dans le but de réduire les répercussions des ITSS sur la santé au Canada d'ici 2030.

Dans l'ensemble, l'incidence estimée du VIH au Canada semble diminuer lentement depuis 2017, ce qui pourrait être attribuable en partie à l'adoption accrue de la prophylaxie pré-exposition (PPrE) chez les personnes à haut risque d'infection par le VIH. Des données récentes montrent que le nombre de personnes bénéficiant de la PPrE dans huit provinces canadiennes a quadruplé de 2016 à 2020 (273 pour 1 000 000 d'habitants pour atteindre 671,5 pour 1 000 000 d'habitants)²⁵. Cependant, la connaissance de la PPrE et son adoption ou son utilisation varient selon les populations clés et au sein de celles-ci. La connaissance de la PPrE est élevée dans la population gbHARSAH en milieu urbain au Canada et le taux d'adoption a augmenté considérablement en 2018²⁶, tandis que la connaissance et l'adoption de la PPrE chez les UDI étaient beaucoup plus faibles²². Cela dit, la diminution observée des nouvelles infections au VIH en 2020 pourrait avoir été influencée par la diminution de l'accès aux services de dépistage du VIH en raison de la pandémie de COVID-19²⁷. La diminution des tests de dépistage du VIH entraîne une diminution des nouveaux diagnostics de VIH, ce qui peut à son tour influencer l'estimation modélisée de l'incidence du VIH. Des années supplémentaires de données, en particulier pour 2022 et les années suivantes, sont nécessaires pour déterminer si la tendance en matière de nouvelles infections au VIH continuera de diminuer.

Des changements dans la distribution des nouvelles infections au VIH continuent d'être observés, avec une diminution de la proportion (et du taux d'incidence annuel) des nouvelles infections au VIH chez la population gbHARSAH, et des proportions croissantes chez les femmes, les personnes utilisatrices de drogues injectables et les peuples

autochtones. Des constatations semblables ont été notées dans le cas d'autres ITSS, ce qui suggère un chevauchement (ou une syndémie) entre d'autres ITSS et le VIH. L'accent devrait être mis sur les populations clés qui sont touchées par les épidémies qui se chevauchent (ou syndémies) afin de s'attaquer aux aspects uniques de ces populations et de ces collectivités²⁸.

Il est important de souligner que l'augmentation de l'incidence du VIH parmi les peuples autochtones peut être le résultat d'un artefact de données. Les provinces et les territoires ont fait un effort pour éliminer les personnes ayant déjà reçu un diagnostic d'infection au VIH des données pour la modélisation de l'incidence, car elles ne représentent pas des infections nouvelles au VIH. Bon nombre des personnes retirées de l'échantillon provenaient peut-être d'autres populations clés (diminution du pourcentage de nouvelles infections parmi ces populations clés), ce qui augmenterait la proportion estimée de nouvelles infections chez les peuples autochtones. Des années de données supplémentaires sont nécessaires pour déterminer si l'augmentation en 2020 représente une hausse réelle de l'incidence du VIH dans cette population.

À la fin de 2020, on estimait que 62 790 personnes vivaient avec le VIH au Canada. Le Canada a atteint deux des trois cibles mondiales pour 2020, soit 90 % de toutes les PVVIH qui reçoivent un diagnostic, 87 % des personnes ayant reçu un diagnostic suivant un traitement et 95 % des personnes suivant un traitement présentent une charge virale supprimée. Les estimations des cibles 90-90-90 du Canada pour 2020 se situent dans l'intervalle indiqué par d'autres pays développés comme les États-Unis¹⁰, la France¹¹, l'Allemagne¹¹, l'Australie¹², les Pays-Bas¹³ et la Finlande¹⁴. Malgré que le Canada n'ait pas atteint les trois objectifs 90-90-90, nous avons atteint l'objectif global du VIH avec 73 % des personnes vivant avec le VIH au Canada qui ont une charge virale supprimée.

Malgré les progrès réalisés, l'estimation nationale pour la deuxième cible 90 (proportion des personnes diagnostiquées qui suivent un traitement) est demeurée la plus faible des trois cibles. L'absence de progrès à l'égard de cette mesure depuis 2018 était

probablement tributaire des défis liés à la prestation des services de santé en raison de la pandémie de COVID-19. Un sondage récent mené auprès des fournisseurs de services en matière d'ITSS a révélé des changements dans la demande de services et la capacité de les fournir. Plus des deux tiers des répondants (66,3 %) ont constaté une diminution de la demande de services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS à un moment donné depuis le début de la pandémie²⁷. Plus précisément, plus des deux tiers des répondants ont déclaré des changements dans le nombre de personnes qui demandent des services de soutien et de traitement pour les personnes vivant avec le VIH ou l'hépatite

La présentation des résultats selon le sexe, l'emplacement géographique et la population clé démontre que les estimations nationales globales peuvent masquer des tendances régionales ou propres à la population dans l'épidémie de VIH au Canada.

C²⁷. En outre, les progrès lents réalisés en 2020 pourraient être liés à des difficultés de déclaration ou de mesure pendant la pandémie de COVID-19 en 2020. Certaines juridictions ont révisé leurs directives de traitement et de suivi des personnes vivant avec le VIH afin de réduire le nombre de visites et de tests de laboratoire pour les personnes qui respectent leur traitement et maintiennent une charge virale supprimée. Ainsi, ces personnes peuvent ne pas être prises en compte dans les résultats rapportés. Dans certains cas, les juridictions ont procédé à des ajustements pour tenir compte des personnes manquantes lors de la réduction des services de soins et de traitement; toutefois, ces ajustements peuvent être ou ne pas être adéquats, ce qui entraîne une sous-estimation. Cela dit, bien que nous ne puissions pas être sûrs que le nombre réel soit égal à l'estimation ponctuelle publiée, il est probable que le nombre réel se situe dans l'intervalle d'incertitude autour de l'estimation.

La présentation des progrès réalisés vers l'atteinte des cibles 90-90-90 à l'échelle des provinces et des territoires fournit l'information nécessaire pour mieux adapter les programmes de prévention et de soins. Par exemple, dans les provinces ou territoires où la première cible 90 n'est pas atteinte,

il est essentiel de joindre les personnes non diagnostiquées, tandis que dans les provinces ou territoires où la deuxième cible 90 n'est pas atteinte, l'arrimage vers des soins et le maintien dans le continuum de soins sont essentiels. Enfin, lorsque la dernière cible 90 n'est pas atteinte, il est essentiel d'améliorer le soutien aux patients pour qu'ils adhèrent au traitement.

Dans le présent rapport, les désignations de sexe sont fondées sur le sexe de la personne à la naissance. Le sexe et le genre ne sont pas toujours mesurés de façon explicite dans le cadre de la surveillance systématique du VIH par toutes les juridictions au Canada, et lorsque des données sont recueillies, une variété de mesures et d'approches sont utilisées. Par conséquent, cette analyse est fondée sur les données actuellement disponibles, soit le sexe à la naissance. En reconnaissance de l'importance du sexe et de l'identité de genre comme caractéristiques démographiques de la population canadienne, la Loi canadienne sur les droits de la personne et le Système statistique national ont ajouté des variables liées à l'identité et à l'expression de genre. L'Agence de la santé publique du Canada travaille avec les communautés, les provinces et les territoires pour trouver des moyens de mieux saisir l'information sur le sexe et le genre.

En présentant des estimations pour le continuum de soins du VIH et les cibles 90-90-90 selon le sexe, la géographie et la population clé, il est clair que :

- les estimations liées à la connaissance du statut VIH, à l'adoption des traitements et à la suppression de la charge virale chez les femmes, les Autochtones et les UDI sont inférieures à celles pour l'ensemble de la population;
- les estimations liées à la connaissance du statut VIH et à l'adoption des traitements chez les gbHARSAH sont plus élevées que celles pour l'ensemble de la population;
- Les détenus dans les établissements correctionnels fédéraux, ainsi que les membres de la communauté africaine, caribéenne et noire de l'Ontario ont atteint des niveaux d'adoption du traitement et de suppression de la charge virale se rapprochant de ceux de l'ensemble de la population;

- La variation entre les provinces/régions démontre la nécessité de mettre l'emphase sur les différentes étapes du continuum de soins du VIH et d'améliorer celles-ci.

Il reste des défis à relever pour atteindre les personnes les plus marginalisées touchées par les ITSS. Les personnes qui ont fait l'objet de stigmatisation, de marginalisation et de discrimination en raison de leur race, de leur statut d'immigrant, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leur consommation de drogues ou de leur implication dans le commerce du sexe peuvent être plus vulnérables au VIH¹. De plus, l'héritage et les impacts continus du colonialisme, des pensionnats et du racisme systémique subis par les Premières nations, les Inuits et les Métis intensifient les inégalités sanitaires, structurelles et sociales existantes qui influencent directement et indirectement la vulnérabilité et la résilience au VIH¹⁶. L'incidence disproportionnée chez certaines populations souligne l'importance d'obtenir des renseignements sociodémographiques pour comprendre les

iniquités existantes en santé et mettre en œuvre les approches ciblées les plus appropriées²⁸. En utilisant les données pour mieux comprendre qui n'a pas été rejoint, il est possible d'ajuster les programmes de santé communautaire et de santé publique afin d'améliorer leurs approches et offrir les programmes les plus efficaces et adaptés aux besoins des personnes les plus exposées au risque d'infection dans les communautés où le VIH est le plus concentré. Cela permettra d'aider tous les Canadiens vivant avec le VIH à obtenir des résultats comparables dans tout le continuum de soins.

Les rapports sur les progrès réalisés par le Canada vers l'atteinte des cibles du VIH nous incitent à améliorer nos stratégies lorsque nous n'obtenons pas les résultats escomptés⁴. Pour réduire l'incidence du VIH sur la santé au Canada, il est impératif d'ajuster les programmes de prévention, de traitement et de soins du VIH afin de répondre aux besoins des personnes les plus à risque d'infection dans les collectivités où le VIH est le plus concentré.

Annexe 1. Détails supplémentaires liés à la méthode de modélisation du Canada

Référence : Yan, Ping; Zhang, Fan; and Wand, Handan (2011). Using HIV Diagnostic Data to Estimate HIV Incidence: Method and Simulation. *Statistical Communications in Infectious Diseases*: Vol. 3 : Iss. 1, article 6.

La méthode de modélisation statistique qui a été utilisée pour estimer le nombre de nouvelles infections au VIH au Canada est fondée sur une méthode de rétrocalcul qui combine les données de diagnostic sur le VIH et le sida (tirées de la surveillance nationale habituelle du VIH/sida) et les données sur les proportions d'infections récentes parmi les personnes ayant récemment reçu un diagnostic de séropositivité (tirées d'algorithmes spécialisés de dépistage en laboratoire des infections récemment diagnostiquées). Comme les données de surveillance peuvent seulement indiquer la date du diagnostic et non la date de l'infection (qui est antérieure au diagnostic), un modèle est nécessaire pour estimer la tendance en matière de temps du nombre d'infections au VIH antérieures, jusqu'à aujourd'hui (2020 dans ce cas). À partir de cette tendance quant aux infections au VIH antérieures, le modèle fait une projection et calcule le nombre prévu de diagnostics de VIH (au moyen d'une formule mathématique calculant le temps entre l'infection au VIH et le diagnostic en fonction des données de l'algorithme des infections récentes et des hypothèses du modèle). La méthode de rétrocalcul utilisée pour l'estimation de l'incidence

au Canada est semblable aux méthodes utilisées dans l'Union européenne, aux États-Unis et en Australie.

Une fois que la tendance de temps liée aux infections au VIH antérieures a été estimée, l'incidence cumulative du VIH est calculée en additionnant les estimations d'incidence pour toutes les années jusqu'à l'année la plus récente et incluant cette dernière (2020 dans ce cas). La prévalence pour l'année la plus récente est alors calculée comme étant l'incidence cumulative moins la mortalité totale estimée chez les personnes infectées par le VIH. Pour cela, la mortalité totale doit être estimée (à partir de données de Statistique Canada, de statistiques sur l'état civil dans les provinces et les territoires, de rapports nationaux sur les décès attribuables au sida, et d'études de recherche canadienne), étant donné que les données statistiques sur l'état civil n'enregistrent que la mortalité chez les personnes qui sont décédées de causes liées au VIH. Veuillez noter que des renseignements supplémentaires ne sont pas discutés ici, comme le fait de tenir compte des personnes n'ayant pas reçu précédemment un diagnostic d'infection au VIH ou des personnes qui ont probablement été infectées dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays, ou encore qui ont déménagé dans une autre province ou un autre territoire.

Annexe 2. Tableaux sur l'incidence et la prévalence du VIH à l'échelle nationale

Tableau 6. Incidence du VIH : Nombre estimé de nouvelles infections au VIH et intervalles plausibles au Canada en 2020 et en 2018, selon la population clé, le sexe et l'origine autochtone.

Catégorie	2020			2018		
	Estimation ponctuelle	Intervalle*	Pourcentage	Estimation ponctuelle	Intervalle*	Pourcentage
Population clé						
gbHARSAH	666	330-1 020	43,8	819	530-1 120	46,5
gbHARSAH-UDI	43	20-70	2,8	45	20-70	2,6
UDI	300	150-460	19,8	290	170-420	16,5
Personnes Hétérosexuelles	511	250-780	33,6	606	390-830	34,4
Autres	<5	0-10	<0,2 %	<5	0-10	<0,2 %
Sexe						
Femme	487	240-740	32,0	531	340-730	30,2
Homme	1 033	510-1 570	68,0	1 229	800-1 670	69,8
Origine autochtone						
Autochtone	276	140-420	18,2	258	160-370	14,7
Non autochtone	1 244	620-1 900	81,8	1 502	1 050-1 960	85,3
Total	1 520	870-2 260	100,0	1 760	1 360-2 190	100,0

*Les intervalles plausibles sont arrondies à la dizaine près.

Tableau 7. Prévalence du VIH : Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH et des intervalles d'incertitude connexes au Canada à la fin de 2020 et en 2018, selon la population clé, le sexe et l'origine autochtone.

Catégorie	2020			2018		
	Estimation ponctuelle	Intervalle*	Pourcentage	Estimation ponctuelle	Intervalle*	Pourcentage
Population clé						
gbHARSAH	31 589	27 000-36 000	50,3	30 526	26 500-34 500	50,4
gbHARSAH-UDI	1 746	1 400-2 100	2,8	1 674	1 400-1 900	2,8
UDI	8 338	7 100-9 500	13,3	7 946	6 800-9 000	13,1
Personnes Hétérosexuelles	20 597	17 600-23 500	32,8	19 891	17 300-22 400	32,8
Autres	520	420-620	0,8	563	460-660	0,9
Sexe						
Femme	15 470	13 200-17 700	24,6	14 597	12 500-16 600	24,1
Homme	47 320	41 000-53 600	75,4	46 003	40 000-52 000	75,9
Origine autochtone						
Autochtone	6 472	5 500-7 400	10,3	6 064	5 200-6 900	10,0
Non autochtone	56 318	48 000-64 500	89,7	54 536	47 000-62 000	90,0
Total	62 790	55 200-70 300	100,0	60 600	53 300-67 800	100,0

* Les estimations des intervalles sont arrondies à la dizaine ou à la centaine près.

Annexe 3. Définitions des populations clés

Tableau 8. Populations clés utilisées pour les estimations nationales de l'incidence et de la prévalence du VIH

Population clé	Type d'exposition
Hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (gbHARSAH)	Exposition durant un contact sexuel entre hommes
Personnes utilisatrices de drogues injectables	Exposition pendant l'utilisation de drogues injectables
gbHARSAH-UDI	Exposition pendant les contacts sexuels entre hommes ou utilisation de drogues injectables (pour les personnes ayant été soumises aux deux catégories d'exposition)
Personnes hétérosexuelles	Exposition pendant les contacts hétérosexuels
Autres	Exposition attribuée à une transfusion de sang ou à l'administration de facteurs de coagulation, exposition périnatale ou exposition professionnelle

Dans les rapports précédents, la catégorie hétérosexuelle était séparée en un groupe « région endémique » (les personnes nées dans un pays où le VIH est soi-disant endémique, principalement l'Afrique subsaharienne et les Caraïbes) et un groupe « région non endémique » (nées ailleurs). Cette

séparation n'est plus considérée comme appropriée, en raison de l'augmentation du caractère incomplet des données. L'Agence de la santé publique du Canada travaille avec les collectivités, les provinces et les territoires pour trouver des façons de mieux refléter la situation du VIH dans ces collectivités.

Références

- 1 Agence de la santé publique du Canada (2018). Réduire l'incidence des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : Un cadre d'action pancanadien sur les ITSS. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html>
- 2 ONUSIDA. 90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. Genève, Suisse : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida; 2014
- 3 ONUSIDA. Déclaration de politique sur le VIH et le sida : Mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030. 8 juin 2021. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_fr.pdf
- 4 Agence de la santé publique du Canada (2019). Accélérer notre intervention : plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/accelerer-notre-intervention-plan-action-quinquennal-infections-transmissibles-sexuellement-sang.html>
- 5 IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum. <https://www.iapac.org/fact-sheet/iapac-guidelines-for-optimizing-the-hiv-care-continuum/>
- 6 HIV.gov. HIV care continuum. Mise à jour le 21 juin 2021. Consulté en juillet 2022. <https://www.hiv.gov/federal-response/policies-issues/hiv-aids-care-continuum>
- 7 Yan, Ping; Zhang, Fan et Wand, Handan (2011). Using HIV Diagnostic Data to Estimate HIV Incidence: Method and Simulation. *Statistical Communications in Infectious Diseases*: Vol. 3: Iss. 1, Article 6.
- 8 ONUSIDA. Comprendre les mesures des progrès vers l'atteinte des cibles 90-90-90 (en anglais) <https://www.unaids.org/sites/default/files/measures-progress-90-90-90.pdf>
- 9 Sorge, J., Colyer, S., Cox, J., Kroch, A., Lachowsky, N., Popovic, N., Yang, Q. Estimation of the Population Size of Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex with Men in Canada, 2020. Congrès annuel canadien de recherche sur le VIH/sida, 2022
- 10 Centers for Disease Control and Prevention. Suivi de certains objectifs nationaux de prévention et de soins du VIH en utilisant les données de surveillance du VIH - États-Unis et 6 zones dépendantes, 2019. Rapport supplémentaire sur la surveillance du VIH 2021;26(No. 2). <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>. Publié en mai 2021. Consulté le 2022-01-12.
- 11 European Centre for Disease Prevention and Control. Continuum de soins du VIH. Suivi de la mise en œuvre de la déclaration de Dublin sur le partenariat pour la lutte contre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale : rapport d'étape 2020. Stockholm : ECDC ; 2021
- 12 The Kirby Institute. HIV Dashboard. <https://data.kirby.unsw.edu.au/hiv>
- 13 Infection par le VIH aux Pays-Bas : Rapport de surveillance du VIH 2021. Rapport_de_surveillance_du_VIH_2021_-_Chapitre_1.pdf (hiv-monitoring.nl)
- 14 Mutru M, Isosomppi S, Aho I, et al. Finnish HIV Quality of Care Register (FINHIV). *BMJ Open*. 2022;12(1):e053287. Publié le 2022 Jan 21. doi:10.1136/bmjopen-2021-053287
- 15 Agence de la santé publique du Canada (2019). Fiche d'information sur le VIH : I = I pour les professionnels de la santé. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-fiche-information-indetectable-intransmissible-professionnels-sante.html>

- 16 Lydon-Hassen K, Jonah L, Mayotte L, Hrabowy A, Graham B, Missens B, Nelson A, Andkhoie M, Nahachewsky D, Yalamanchili DT, Gupta S, Ndubuka N, Khan I, Yacoub W, Bryson M, Paquette D. Summary findings from Tracks surveys implemented by First Nations in Saskatchewan and Alberta, Canada, 2018-2020. *Can Commun Dis Rep* 2022;48(4):x-xx. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v48i04a05>
- 17 Rapports sur le site Engage. <https://www.engage-men.ca/fr/>
- 18 Moore DM, Cui Z, Skakoon-Sparling S, Sang J, Barath J, Wang L, Lachowsky N, Cox J, Lambert G, Noor SW, Grace D, Jollimore J, Apelian H, Lal A, Parlette A, Hart TA. Characteristics of the HIV cascade of care and unsuppressed viral load among gay, bisexual and other men who have sex with men living with HIV across Canada's three largest cities. *J Int AIDS Soc.* 2021
- 19 G Lambert, J Cox, M Messier-Peet, H Apelian, EEM Moodie and the members of the Engage research team. Engage Montréal, Portrait of the sexual health of men who have sex with men in Greater Montréal, Cycle 2017-2018, Highlights. Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. January 2019
- 20 Hart, T. A., Skakoon-Sparling, S., Tavangar, F., Parlette, A., Barath, J., Sang, J., Apelian, H., Noor, S., Sinno, J., Grace, D. Engage Toronto: Portrait of the health and wellbeing of gay, bisexual and other men who have sex with men in the Greater Toronto Area. Ryerson University and the University of Toronto. March 2021
- 21 Sang, JM, Lachowsky NJ, Lal A, Wang L, Barath J, Jollimore J, Howard T, Blackwell E, Leonce I, Rayek S, Grennan T, Hull M, Wong J, Hogg RS, Moore DM. Momentum II Health Study—Vancouver site of the National Engage Study: Portrait of the health and wellbeing of gay, bisexual and other men who have sex with men in Metro Vancouver. *BC Centre for Excellence in HIV/AIDS.* February 2021
- 22 Tarasuk J, Zhang J, Lemyre A, Cholette F, Bryson M, Paquette D. National findings from the Tracks survey of people who inject drugs in Canada, Phase 4, 2017-2019. *Can Commun Dis Rep* 2020;46(5):138–48. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v46i05a07>
- 23 Ontario HIV Epidemiology and Surveillance Initiative. A Snapshot of HIV Diagnoses and the HIV Care Cascade among African, Caribbean and Black People in Ontario. 7 février 2022. <https://www.ohesi.ca/a-snapshot-of-hiv-diagnoses-and-the-hiv-care-cascade-among-african-caribbean-and-black-people-in-ontario/>
- 24 Dr. Shamara Baidoobonso, Medys Kihembo, Hilary Nare, Dr. Lawrence Mbuagbaw, Dr. Winston Husbands, Dr. Josephine Etowa, Wangari Tharao, Dr. Pascal Djiadeu, Dr. Charles Daboné, Dr. Egbe Etowa, Daeria Lawson, Suzanne Obiorah, Mary Ndung'u, Fanta Ongoiba, Haoua Inoua, Jane K. Odongo, Maureen Owino, Dr. LaRon Nelson, and Akalewold Gebremeske A/C STUDY COMMUNITY REPORT: HIV AMONG AFRICAN, CARIBBEAN, AND BLACK PEOPLE IN ONTARIO. <https://acstudy.ca/a-c-study-kte-products-2/>
- 25 Agence de la santé publique du Canada (décembre 2021). Tendances de l'utilisation de la prophylaxie préexposition au VIH dans huit provinces canadiennes, 2016-2020. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-tendances-utilisation-prophylaxie-preexposition-provinces-canadiennes-2016-2020.html>
- 26 Colyer, S., Lachowsky, N.J., Schmidt, A.J. et al. Measures of HIV Pre-exposure Prophylaxis Uptake Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men in Canada and Demographic Disparities Among Those at Elevated Likelihood for HIV Acquisition. *AIDS Behav* 25, 3638–3650 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03336-3>
- 27 Agence de la santé publique du Canada (2021). Rapport national : Constatations de l'Enquête concernant l'incidence de la COVID-19 sur la prestation des services de prévention, de dépistage ou de traitement des ITSS, y compris des services de réduction des méfaits au Canada.
- 28 Agence de la santé publique du Canada (2021). Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2021. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/etat-sante-publique-canada-2021/rapport.html>