

Le VIH au Canada, Rapport de Surveillance en date du *31 décembre 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 :
HIV in Canada Surveillance Report to December 31, 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

Télec. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

E-mail: hc.publications-publications.sc@canada.ca

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada
représentée par la ministre de la Santé, 2023

Date de publication : janvier 2023

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. : HP40-292/2021F-PDF

ISBN : 978-0-660-39947-8

Pub. : 210256

Remerciements

La publication de ce rapport n'aurait pas été possible sans la collaboration des unités de surveillance de la santé publique et de l'épidémiologie de toutes les provinces et de tous les territoires, dont la contribution continue à la surveillance nationale du VIH/sida est grandement appréciée. Ce rapport est possible grâce à l'étroite collaboration et la participation de tous les partenaires de la surveillance du VIH et du sida. L'**Annexe 1** contient une liste complète de tous les contributeurs de données.

Ce rapport a été préparé par le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de la Direction générale des programmes de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada. Tous les commentaires et suggestions qui pourraient améliorer l'utilité des futures publications sont les bienvenus et peuvent être envoyés à l'attention du Système de surveillance du VIH/sida (SSVS) du Centre des maladies transmissibles et du contrôle des infections, Agence de la santé publique du Canada, à l'adresse hass@phac-aspc.gc.ca.

Table des matières

Remerciements.....	3
Liste des figures du rapport	5
Liste des tableaux du rapport.....	6
Liste des tableaux de données	6
Liste d'acronymes.....	7
Sommaire exécutif	8
Introduction.....	10
Méthodes.....	12
Sources des données.....	12
Analyse des données	15
Finalisation de l'ensemble de données sur les premiers diagnostics de VIH.....	16
Les données de surveillance en un coup d'œil	18
Premiers diagnostics de VIH.....	18
Données de surveillance supplémentaires	27
Discussion	31
Conclusion	34
Tableaux de données	35
Tableaux supplémentaires.....	46
Annexe 1 : Contributeurs de données	48
Annexe 2 : Notes techniques.....	49
Annexe 3 : Hiérarchie des catégories d'exposition	54
Références.....	56

Liste des figures du rapport

Figure 1 : Schéma montrant le flux de données pour les cas diagnostiqués pour la première fois et les cas déjà diagnostiqués dans toutes les provinces et territoires pour 2020

Figure 2 : Nombre de premiers diagnostics de VIH et taux de diagnostic global, par sexe et par année, Canada, 2011 à 2020

Figure 3 : Taux de diagnostic du VIH pour 100 000 habitants, par province ou territoire, Canada, 2020

Figure 4 : Taux de diagnostic du VIH pour 100 000 habitants, par sexe et groupe d'âge, Canada, 2020

Figure 5 : Taux de diagnostic du VIH pour 100 000 habitants, par groupe d'âge et par année, Canada, 2011 à 2020

Figure 6a : Répartition en pourcentage des cas de VIH chez les hommes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2011 à 2020

Figure 6b : Répartition en pourcentage des cas de VIH chez les femmes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2011 à 2020

Figure 7 : Proportion de cas de VIH déclarés (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et groupe d'âge, Canada, 2020

Figure 8 : Nombre de nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale et proportion de nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale dont la mère recevait une thérapie antirétrovirale prénatale, par l'année de naissance, Canada, 2013 à 2020

Figure 9 : Nombre de migrants dont le test de dépistage du VIH a été positif lors d'un examen médical d'immigration effectué au Canada, 2011 à 2020

Figure A1 : État des rapports sur les premiers diagnostics et les cas déjà diagnostiqués dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2011 à 2020

Figure A2 : Tous les cas de VIH déclarés (y compris les nouveaux cas et les cas déjà diagnostiqués) par année de diagnostic, Canada, 2011 à 2020

Figure A3 : État de la déclaration des diagnostics de sida dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2011 à 2020

Liste des tableaux du rapport

Tableau 1 : Nombre et proportion de cas de VIH (≥ 15 ans), par sexe et catégorie d'exposition, Canada, 2020

Tableau 2 : Nombre et répartition en pourcentage des cas de VIH, par sexe et par race/origine ethnique, Canada, 2020

Tableau 3 : Nombre de cas de sida (tous les âges), par sexe et année de diagnostic, dans les provinces et territoires canadiens déclarants, 2011 à 2020

Tableau 4 : Nombre de décès attribués à l'infection par le VIH, selon l'âge au décès et le sexe, Canada, 2011 à 2019

Tableau 5 : Nombre de décès attribués à l'infection par le VIH (≥ 15 ans), par sexe, Canada, 2000 à 2019

Liste des tableaux de données

Tableau de données 1 : Nombre de premiers diagnostics de VIH et taux de diagnostic global, par sexe et par année, Canada, 2011 à 2020

Tableau de données 2 : Taux de diagnostic du VIH pour 100 000 habitants, par province ou territoire, Canada, 2020

Tableau de données 3 : Taux de diagnostic du VIH pour 100 000 habitants, par sexe et groupe d'âge, Canada, 2020

Tableau de données 4 : Nombre et taux de diagnostics de VIH pour 100 000 habitants par groupe d'âge et par année, Canada, 2011 à 2020

Tableau de données 5a : Répartition en pourcentage des cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2011 à 2020

Tableau de données 5b : Répartition en pourcentage des cas de VIH chez les hommes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2011 à 2020

Tableau de données 5c : Répartition en pourcentage des cas de VIH chez les femmes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2011 à 2020

Tableau de données 6 : Proportion de cas de VIH déclarés (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et groupe d'âge, Canada, 2020

Tableau de données 7 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale, selon l'année de naissance, l'état actuel et l'utilisation d'un traitement antirétroviral (TAR) à des fins prophylactiques, 1984 à 2020

Tableau de données 8 : Nombre et répartition en pourcentage des candidats à l'immigration au Canada ayant reçu un diagnostic de VIH à la suite d'un examen médical d'immigration (EMI), selon l'année et le lieu du test, 2011 à 2020

Tableau de données 9 : Nombre et répartition en pourcentage des candidats à l'immigration au Canada ayant reçu un diagnostic de VIH à la suite d'un examen médical d'immigration (EMI), selon le lieu du test, le sexe, le groupe d'âge et la province, 2012 à 2020

Tableau de données 10 : Statistiques internationales des cas de VIH déclarés par pays, 2020

Liste d'acronymes

ASPC Agence de santé publique du Canada

BCDECD Base canadienne de données de l'état civil – Décès

CIM Classification internationale des maladies

COVID-19 Maladie SARS-CoV2/Coronavirus 2019

DAE Diagnostic antérieur à l'étranger

DAP Diagnostic antérieur hors province

EMI Examen médical d'immigration

gbHARSAH gais, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

IRCC Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

ITS Infection transmissibles sexuellement

ITSS Infections transmissibles sexuellement et par le sang

PrPE Prophylaxie préexposition

PSPVC Programme de surveillance périnatal du VIH au Canada

PT Province ou territoire

SC Statistique Canada

sida Syndrome d'immunodéficience acquise

SMGC Système mondial de gestion des cas

SSVS Système de surveillance du VIH/sida

TAR Thérapie antirétrovirale

UDI Usage de drogues injectables

VIH Virus de l'immunodéficience humaine

Sommaire exécutif

Le *VIH au Canada, Rapport de Surveillance en date du 31 décembre 2020* publié par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) présente et décrit les tendances épidémiologiques nationales sur les diagnostics de VIH au Canada en ce qui concerne la région géographique, l'âge au moment du diagnostic, le sexe, la race/origine ethnique et la catégorie d'exposition entre 2011 et 2020. Ce rapport de surveillance est le premier rapport de surveillance national à présenter des informations sur les *premiers diagnostics*, ce qui permet à l'ASPC de fournir des données probantes pour la planification, l'évaluation et la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH.

Les modifications précises apportées à l'ensemble des données nationales utilisées pour la surveillance de routine sont les suivantes :

- L'inclusion des seuls cas de VIH diagnostiqués pour la première fois afin d'examiner l'acquisition et la transmission du VIH au Canada
- Des informations sur les catégories d'exposition ont été fournies par toutes les provinces et tous les territoires pour 2020.

Les données pour l'année 2020 doivent être interprétées avec prudence en raison de l'effet de la pandémie de la COVID-19 sur l'accès aux services liés aux infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), comme le dépistage du VIH et la réduction des méfaits, et de l'impact sur les activités de surveillance du VIH au Canada pendant cette période. L'impact réel et les effets durables de la pandémie de la COVID-19 sur la transmission du VIH au Canada pourraient devenir plus clairs avec la poursuite de la collecte et de l'analyse des données de surveillance du VIH dans les années à venir.

Les principales constatations comprennent :

- En 2020, 1639 cas de VIH nouvellement diagnostiqués ont été déclarés au Canada. Il s'agit d'une diminution de 21,0 % par rapport à 2019 (2071 cas), soit la plus forte baisse d'une année sur l'autre au cours des dix dernières années. Cette diminution peut être liée à l'impact observé en raison des mesures de santé publique relatives à la COVID-19 sur la prestation et l'accès aux services de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et peut également être en partie due à l'inclusion de seulement les premiers diagnostics dans ces analyses.
- Le taux national de cas de VIH déclarés était de 4,3 pour 100 000 habitants en 2020, soit une baisse par rapport aux 5,5 pour 100 000 habitants de 2019.
- Les tendances globales des cinq dernières années montrent que le nombre de premiers diagnostics de VIH au Canada avait augmenté de 1930 cas en 2015 à un pic de 2285 cas en 2018 avant de diminuer à 1639 cas en 2020. De même, le taux national de diagnostic du VIH est passé de 5,4 pour 100 000 habitants en 2015 à 6,2 pour 100 000 habitants en 2018, avant de diminuer à 4,3 pour 100 000 habitants en 2020.
- Le taux de diagnostic du VIH était de 6,2 pour 100 000 habitants chez les hommes et de 2,4 pour 100 000 habitants chez les femmes en 2020 montrant une diminution pour les deux sexes par rapport aux taux rapportés en 2019 (qui étaient respectivement de 7,8 et 3,3 diagnostics du VIH pour 100 000 habitants).

- Les tendances récentes du taux de diagnostic du VIH chez les hommes montrent une baisse continue des taux qui ont atteint un pic de 9,2 pour 100 000 hommes, en 2016, tandis que chez les femmes, la tendance montre une baisse plus subtile depuis un pic de 3,4 pour 100 000 femmes, en 2018.
- Lorsqu'il est ventilé en groupes d'âge de dix ans, le taux de diagnostic du VIH dans le groupe des 30 à 39 ans reste le plus élevé de tous les groupes d'âge, avec 9,8 pour 100 000 habitants en 2020.
- Le taux de diagnostic du VIH le plus élevé parmi les provinces et les territoires a été enregistré en Saskatchewan, avec 15,7 pour 100 000 habitants. Le taux de diagnostic le plus faible a été enregistré dans la région de l'Atlantique, avec 1,3 pour 100 000 habitants.
- Selon la catégorie d'exposition déclarée, les contacts sexuels entre hommes continuent de représenter la plus grande proportion de diagnostics chez les hommes, soit 60,8 % des diagnostics en 2020. Les contacts hétérosexuels continuent de représenter la plus grande proportion de diagnostics chez les femmes, soit 65,7 % des diagnostics.
- En ce qui concerne les informations disponibles sur la race/origine ethnique, les Blancs et les Autochtones représentaient respectivement 12,5 % et 7,4 % de tous les diagnostics de VIH chez les hommes. Les races/origines ethniques autochtones et noires représentaient 19,5 % et 6,6 % des diagnostics de VIH chez les femmes. Les résultats doivent être interprétés avec une extrême prudence, car une part importante des données relatives à la race et à l'origine ethnique sont manquantes ou non déclarées (63,9 %). Les données sur la race et l'origine ethnique ont été soumises par onze des treize provinces et territoires et ne sont disponibles que pour 36,1 % de tous les premiers diagnostics en 2020.
- Le nombre total de migrants qui ont été testés positifs au VIH lors d'un examen médical d'immigration (EMI) était de 743 en 2020 (au Canada ou à l'étranger). Il s'agit d'une diminution par rapport aux 1188 migrants qui ont été testés positifs au VIH lors d'une EMI en 2019. Il est probable que cette diminution soit due à l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur les schémas d'immigration en 2020.
- Parmi les nourrissons exposés par voie périnatale, 97,2 % ont reçu une thérapie antirétrovirale (TAR) en 2020. Cinq nourrissons ont été confirmés infectés par le VIH pendant la période périnatale en 2020 : deux avec un traitement TAR périnatal « quelconque », deux sans traitement et un nourrisson dont le statut de traitement est inconnu.
- En 2020, 88 cas de sida ont été déclarés, soit une baisse continue depuis 2011. Toutefois, les résultats doivent être interprétés avec prudence, car les données sur le sida sont actuellement limitées à quatre provinces en 2020 (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Ontario et Saskatchewan).
- En 2019 (l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles auprès de Statistique Canada), 103 décès ont été attribués au VIH. Cela représente une baisse continue de la mortalité liée au VIH.

Introduction

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un grave problème de santé publique à l'échelle mondiale. On estime à 37,7 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH à la fin de 2020 (1). Alors que les nouvelles infections au VIH ont diminué de 52 % depuis le pic de l'épidémie en 1997, on estime que 1,5 million de personnes dans le monde seront nouvellement infectées par le VIH en 2020 (2). L'accès accru à la thérapie antirétrovirale (TAR) a considérablement amélioré la vie des personnes vivant avec le VIH, et 27,5 millions de personnes ont eu accès au traitement avant la fin de 2020 (2). Cependant, certaines populations, notamment les femmes et les minorités sexuelles, continuent de se heurter à des barrières pour accéder à des soins appropriés en raison de divers facteurs (2, 3).

Au Canada, l'épidémie de VIH a évolué au cours des dernières années en raison de changements dans l'utilisation des TAR, d'un changement observé dans les taux de diagnostic parmi les populations clés et d'une augmentation de l'utilisation de la prophylaxie préexposition au VIH (PrPE). Premièrement, la disponibilité du TAR depuis les années 1990 a entraîné une diminution de la mortalité et de la morbidité liées au VIH. Pour les personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut infectieux et peuvent accéder au traitement et y adhérer, le TAR a transformé le VIH d'une maladie mortelle en une maladie chronique gérable (4). Deuxièmement, on a constaté une augmentation des taux de diagnostic du VIH chez les femmes au cours des dernières années (5). Toutefois, conformément aux rapports précédents, les personnes gaies, les bisexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (gbHARSAH) ont eu la plus grande proportion des nouvelles infections à VIH estimées (2018), représentant un peu moins de la moitié de toutes les nouvelles infections à VIH (4); cela a été observé de manière similaire dans les diagnostics de VIH, comme indiqué en 2019 (5).

En 2018, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a publié [Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : Un cadre d'action pancanadien sur les ITSS](#) (6). Ce cadre et le [plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang](#) (7) témoignent d'un engagement à réduire le fardeau des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Canada, y compris le VIH, d'ici 2030, à l'aide de quatre piliers d'action fondamentaux : la prévention, le dépistage, l'initiation aux soins et au traitement, et les soins et le soutien continus. Le cadre souligne également l'importance de surveiller les tendances des infections nouvellement diagnostiquées pour informer et évaluer les programmes de prévention et de soins. En outre, le cadre souligne l'importance d'une approche commune pour traiter les populations clés affectées de manière disproportionnée par le VIH. Comprendre les tendances des diagnostics de VIH contribue à assurer les progrès du Canada dans l'atteinte des objectifs du cadre relatif aux ITSS.

Ce rapport se concentre sur la description de l'épidémiologie des *premiers diagnostics* *diagnoses* de VIH au Canada, dans le but d'améliorer la méthodologie de surveillance. Les variations dans les pratiques de déclaration entre les autorités de santé publique

provinciales et territoriales au fil du temps, comme l'inclusion des cas de VIH avec des preuves antérieures d'infection par le VIH (c.-à-d., déménagement dans une nouvelle province ou un nouveau territoire ou en provenance de l'extérieur du Canada) ont été décrites précédemment (8). Ces variations dans les rapports constituent un défi pour l'interprétation précise des tendances de la surveillance nationale du VIH. Alors que les cas diagnostiqués antérieurement contribuent à notre compréhension de la prévalence et informent sur les besoins en matière de soins de santé, la compréhension des tendances de la transmission domestique permet de savoir où concentrer les activités de prévention. Cette modification de la déclaration (aux premiers diagnostics de VIH au Canada) permet également d'assurer l'harmonisation de la surveillance nationale avec les changements récents dans les pratiques de déclaration des autorités de santé publique provinciales et territoriales et favorise l'amélioration continue des pratiques de surveillance (9).

La nature de la collecte des données de surveillance de la santé publique signifie qu'elles sont continuellement examinées et mises à jour à tous les niveaux juridictionnels (local, provincial ou territorial et national). En tant que tel, ce rapport remplace tous les rapports de surveillance nationaux publiés précédemment, car il reflète les données de surveillance les plus récentes, compilées pour le VIH et le sida (avec des données sur les cas incluses jusqu'au 31 décembre 2020). Il convient également de prendre note que des difficultés supplémentaires dans la collecte des données de surveillance en 2020, en raison des efforts de santé publique axés sur la pandémie de SRAS-CoV-2 (COVID-19), peuvent avoir affecté les pratiques locales de surveillance de la santé publique, y compris la collecte des données. Les futures mises à jour et révisions des données permettront d'améliorer la qualité des données au fil du temps.

Les objectifs de ce rapport de surveillance sont de décrire l'épidémiologie des premiers diagnostics de VIH déclarés au Canada en 2020, par région géographique, âge au moment du diagnostic, sexe, race/origine ethnique et catégorie d'exposition, ainsi que de décrire les tendances entre 2011 et 2020. En outre, des informations actualisées sur les résultats du dépistage médical de l'immigration pour le VIH, le nombre de nourrissons exposés et infectés par le VIH de manière périnatale est présenté, ainsi que le nombre de diagnostics du sida et la mortalité liée au VIH.

Ce rapport présente les données de surveillance du VIH et du sida en deux parties :

- La première partie porte sur les premiers diagnostics de VIH déclarés au Canada en 2020, et lorsque cela est possible, par région géographique, âge au moment du diagnostic, sexe, race/origine ethnique et catégorie d'exposition. En outre, des analyses de tendances sélectionnées de 2011 à 2020 sont présentées.
- La deuxième partie présente des données provenant du Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (2013 à 2020), du dépistage médical du VIH à l'immigration (2011 à 2020), de la surveillance des cas de sida (2011 à 2020) et de la mortalité liée au VIH (2011 à 2019).

Méthodes

Sources des données

Ce rapport présente des données provenant de quatre sources différentes sur le VIH et le sida :

- Le système national de surveillance du VIH/sida (SSVS), géré par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC);
- Le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada, géré par le Groupe canadien de recherche pédiatrique et périnatale sur le VIH/sida;
- Le dépistage médical du VIH à l'immigration, géré par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC);
- La Base canadienne de données de l'état civil — Décès (BCDECD), maintenue par Statistique Canada.

Système national de surveillance du VIH/sida (SSVS)

Le système national de surveillance du VIH/sida (SSVS) est un système de surveillance passif, basé sur les cas, qui recueille des données non nominatives (données dont les informations d'identification ont été supprimées pour garantir l'anonymat) sur les personnes chez qui une infection par le VIH a été diagnostiquée et qui répondent à la définition nationale de cas (10). Dans chaque province et territoire, les données sont obtenues par le biais des systèmes provinciaux et territoriaux de surveillance du VIH, qui peuvent inclure des rapports de la santé publique et des laboratoires. Chaque province et territoire fournit des données à l'ASPC soit par le biais du formulaire national de déclaration de cas (11), soit par une transmission électronique sécurisée des ensembles de données. Toutes les données brutes (formulaires papier et ensembles de données électroniques) sont conservées conformément à la *Directive concernant la collecte, l'utilisation et la diffusion des informations relatives à la santé publique (ASPC, 2013, document non publié)*.

L'ASPC reçoit des renseignements sur des éléments de données, notamment l'âge, le sexe, la race ou l'origine ethnique et les risques associés à la transmission du VIH (catégories d'exposition), qui sont volontairement partagés par les autorités de santé publique provinciales et territoriales (PT). Les provinces et territoires suivants ont soumis à nouveau des données historiques actualisées cette année : Colombie-Britannique (depuis 2018), Nouvelle-Écosse (depuis 2018), Île-du-Prince-Édouard (depuis 1986), Ontario (depuis 1985) et Nouveau-Brunswick (depuis 1984).

Ces dernières années, certaines juridictions ont affiné leurs soumissions de données annuelles pour n'inclure que les cas identifiés comme un premier diagnostic de VIH au sein de cette juridiction. L'ASPC a demandé que, pour 2020, les autorités de santé publique provinciales et territoriales fournissent une variable indiquant si un cas a été diagnostiqué pour la première fois dans cette juridiction, s'il a déjà été diagnostiqué dans une autre juridiction canadienne (aussi appelé diagnostic antérieur hors province, DAP) ou s'il a déjà été diagnostiqué à l'extérieur du Canada (aussi appelé diagnostic antérieur à l'étranger,

DAE). Bien que certaines juridictions excluent systématiquement les cas doubles, c'est-à-dire ceux qui ont déjà été diagnostiqués dans une autre province ou un autre territoire, de leur soumission annuelle de données à l'ASPC, cela n'est pas toujours possible. De plus amples détails sur les soumissions de données pour 2020 par les autorités de santé publique des PT se trouvent à l'**Annexe 2**.

Les données de ce rapport de surveillance représentent les cas de VIH nouvellement déclarés et diagnostiqués le 31 décembre 2020 ou avant. Les données ont été soumises à l'ASPC par les programmes de surveillance provinciaux et territoriaux jusqu'au 17 août 2021 et validées en date du 3 septembre 2021. Les différences observées entre les données publiées dans ce rapport et les données publiées dans les rapports de surveillance provinciaux et territoriaux (comme les variations dans la déclaration des premiers diagnostics) peuvent être dues à des retards de déclaration, à des différences dans la date d'extraction des données des bases de données de surveillance provinciales et territoriales ou à d'autres variations dans la déclaration. Lorsque de telles différences sont constatées, il est recommandé d'utiliser les données et les résultats des rapports provinciaux et territoriaux.

Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC)

Le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC) est une initiative du Groupe canadien de recherche pédiatrique et périnatale sur le VIH/sida, qui recueille des données à l'échelle nationale sur la séropositivité des nourrissons nés de mères vivant avec le VIH. Le soutien au Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada est assuré par l'ASPC et le Réseau canadien pour les essais VIH des Instituts de recherche en santé du Canada. Le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada est un système de surveillance active de type sentinelle qui recueille des données sur deux groupes d'enfants : les nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH et les enfants vivant avec le VIH qui reçoivent des soins dans tout site participant (qu'ils soient nés au Canada ou à l'étranger) (12). Les données sur les paires mère-nourrisson ont été obtenues par le biais d'une enquête nationale, non nominative et confidentielle sur les nourrissons connus des pédiatres participants dans 22 centres de VIH pédiatriques et pour adultes ou unités de santé publique de toutes les provinces et tous les territoires canadiens. Ces sites représentent environ 95 % des nourrissons exposés au VIH nés au Canada.

Les données sur les paires mère-nourrisson ont été captées et les données initiales ont été saisies par les sites participants lors de l'orientation vers des soins obstétriques ou pédiatriques. Les données initiales comprennent : le pays de naissance de la mère, la race/origine ethnique auto-déclarée, la catégorie de risque maternel de contracter le VIH, le régime antirétroviral et la durée de la thérapie administrée, le mode d'accouchement, l'âge gestationnel et le poids de naissance. La séropositivité du nourrisson est déclarée avec confirmation par un test virologique de dépistage du VIH par réaction en chaîne par polymérase (confirmé sur au moins deux échantillons distincts) et/ou par une sérologie VIH au-delà de l'âge de 18 mois. Le statut sérologique des nourrissons est déclaré comme « infecté confirmé », « non infecté confirmé » ou « statut d'infection non confirmé », et est mis à jour chaque année.

Les données de surveillance pour 2020, y compris les mises à jour des données des

années précédentes, ont été soumises à l'ASPC en mars 2021. La collecte de données s'est poursuivie en 2020, mais les activités de déclaration ont été partiellement interrompues en raison de la pandémie de la COVID-19.

Examen médical d'immigration

Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) maintient le Système mondial de gestion des cas, qui contient les informations relatives à l'examen médical d'immigration (EMI) pour tous les candidats examinés au Canada ou à l'étranger qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH pendant le processus d'examen médical d'immigration. Tous les ressortissants étrangers qui demandent la résidence permanente et certains qui demandent la résidence temporaire au Canada doivent subir une EMI administrée par des médecins tiers au nom de l'IRCC, soit au Canada, soit à l'étranger. En 2002, l'IRCC a ajouté le dépistage systématique obligatoire du VIH à l'EMI pour tous les demandeurs âgés de 15 ans et plus, ainsi que pour les demandeurs âgés de moins de 15 ans qui présentent certains facteurs de risque (13). Les données sur les personnes testées au Canada ont été obtenues à partir des EMI réalisées en 2020. Sont également fournies les données concernant les personnes qui ont été testées positives au VIH pendant leur EMI à l'extérieur du Canada et qui sont arrivées au Canada en 2020. Les données agrégées ont été fournies à l'ASPC en juillet 2021.

L'IRCC fournit à l'ASPC des données non nominatives recueillies au cours de l'EMI sur les migrants qui ont été testés positifs au VIH. Les données comprennent des renseignements démographiques (dont le pays de naissance, le sexe, le groupe d'âge et la province ou le territoire où l'EMI a été effectué), ainsi que l'année de l'examen (pour ceux qui ont été examinés au Canada) ou l'année d'arrivée au Canada (pour ceux qui ont été examinés à l'extérieur du Canada). Le terme « migrant » est utilisé au sens large et comprend les personnes suivantes : les immigrants (résidents permanents des catégories économique et familiale), les réfugiés (réfugiés réinstallés, personnes protégées et demandeurs d'asile), et les résidents temporaires (visiteurs, étudiants internationaux, travailleurs étrangers temporaires et titulaires de permis de séjour temporaire).

IRCC communique régulièrement avec les provinces et territoires participants les données nominales des résultats des tests EMI effectués à l'étranger et au Canada pour tous les clients qui ont été diagnostiqués séropositifs et qui ont une adresse résidentielle canadienne valide dans leur dossier indiquant leur province/territoire de résidence actuel. Cette mesure vise à favoriser la continuité des soins pour les clients vivant avec le VIH. Historiquement, ces données ont été intégrées aux systèmes provinciaux et territoriaux de surveillance systématique des cas de VIH à des degrés divers, certaines compétences déclarant ces cas de migrants séropositifs comme de nouveaux diagnostics et d'autres les excluant de la déclaration provinciale et territoriale des cas de VIH à l'ASPC. De meilleurs efforts ont été faits pour différencier ces cas dans la soumission de données de 2020.

Base canadienne de données de l'état civil — Décès (BCDECD)

En vertu d'un accord fédéral/provincial/territorial, tous les décès, quelle qu'en soit la cause, doivent être enregistrés auprès des bureaux de l'état civil des provinces et des territoires (14). Le registre central de chaque province et territoire fournit des données provenant

des formulaires d'enregistrement des décès à la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, qui tient à jour la Base canadienne de données de l'état civil — Décès (BCDECD), un registre cumulatif des statistiques sur les décès. Les informations sur la cause du décès sont codées selon la classification internationale des maladies (CIM). La 9e révision de la CIM (CIM-9) a été utilisée pour les décès survenus entre 1979 et 1999, les codes 042 à 044 comprenaient les décès attribués à l'infection par le VIH. La 10e révision (CIM-10) est utilisée pour les décès survenus à partir de 2000, les codes B20 à 24 comprennent les décès attribués à l'infection par le VIH. Les décès ne sont pas comparables entre les deux systèmes de codage en raison des changements dans les définitions de codage.

Les données publiquement disponibles sur l'année du décès, la cause du décès, le sexe et l'âge ont été obtenues à partir de « Décès et taux de mortalité par groupe d'âge, selon certains groupes de causes » (15) extraites de la BCDECD le 1^{er} octobre 2021.

Analyse des données

Pour élaborer un ensemble de données national, des procédures normalisées de vérification et de recodage des données ont été appliquées à tous les ensembles de données provinciaux et territoriaux soumis. Dans le cadre de ce processus, chaque province et territoire reçoit ses propres tableaux de validation pour examen. Une fois les divergences résolues (le cas échéant) et l'accord final des provinces/territoires obtenu, les ensembles de données nationaux ont été préparés.

Les données sont présentées sous forme de nombre de cas et de taux (pour 100 000 habitants) au total et stratifiées par région géographique, groupe d'âge et sexe. Les taux ont été calculés à l'aide des données sur la population extraites de l'ensemble de données des statistiques démographiques annuelles de Statistique Canada, Division de la démographie, au 1^{er} juillet 2020.

Dans ce rapport, aucune procédure statistique n'a été utilisée pour des analyses comparatives ou pour tenir compte des données manquantes. Pour les données comportant de petites cellules ($n \leq 5$), des stratégies telles que la suppression des données ou le regroupement des catégories de données ont été utilisées si les fournisseurs provinciaux et territoriaux le jugeaient nécessaire.

Les données utilisées pour les analyses comprennent les cas de premiers diagnostics de VIH déclarés au Canada de 2011 à la fin de 2020. Afin d'élaborer un ensemble de données nationales sur les cas de VIH diagnostiqués pour la première fois, les définitions suivantes ont été utilisées :

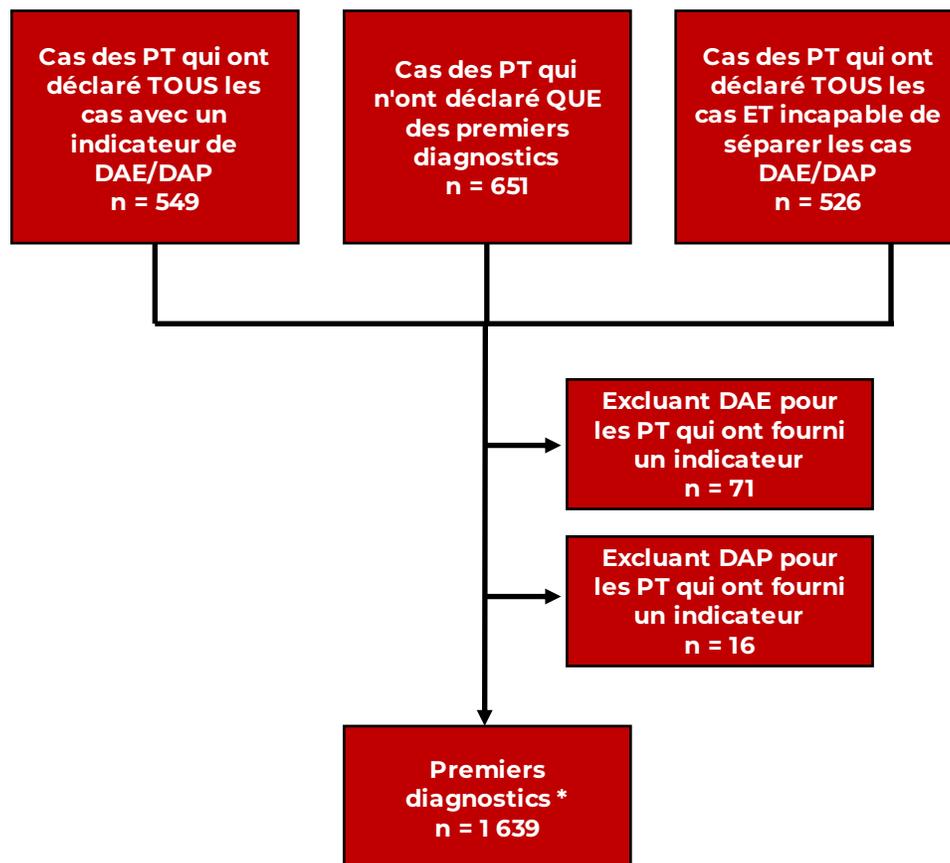
- **Premier diagnostic** : VIH diagnostiqué et déclaré pour la toute première fois chez l'individu au cours de l'année de déclaration donnée et sans preuve de diagnostic antérieur, ni dans un autre pays ni dans une autre juridiction.
- **Diagnostic antérieur** : personnes qui avaient la preuve d'un diagnostic antérieur connu du VIH dans un autre pays ou dans une autre province ou un autre territoire du Canada, tel que déclarés par un indicateur dans les dossiers individuels.

Finalisation de l'ensemble de données sur les premiers diagnostics de VIH

Douze des treize juridictions ont fourni un indicateur des cas diagnostic antérieur à l'étranger (DAE) ou diagnostic antérieur hors province (DAP) dans un ensemble de données ou n'ont fourni que des données sur les cas diagnostiqués pour la première fois dans leur soumission de données pour 2020. Une province n'a pas été en mesure de fournir un indicateur sur les cas diagnostiqués antérieurement dans l'ensemble de données, donc tous les diagnostics ont été considérés comme un « premier diagnostic » pour cette province et inclus dans l'ensemble national de données. Le nombre total de premiers diagnostics de VIH pour la période de surveillance, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020, a été obtenu en incluant les premiers cas diagnostiqués (pour deux provinces), en incluant tous les cas déclarés pour les autres provinces et territoires, puis en excluant les cas de VIH déjà diagnostiqués, selon l'indicateur DAE et DAP (disponible pour dix provinces et territoires). En 2020, le nombre total de cas de VIH déclarés était de 1726, dont 71 étaient classés comme DAE et 16 comme DAP. Une fois les cas DAE et DAP retirés, il y avait un total de **n = 1 639** cas classés comme *premiers diagnostics de VIH* et utilisés pour les analyses ultérieures de ce rapport (**Figure 1**).

Il a été demandé aux autorités de santé publique des PT de fournir un indicateur de DAE et de DAP pour les années précédentes également. Cependant, seules huit juridictions ont été en mesure de fournir cette information pour 2019 et moins de juridictions ont été en mesure de fournir des mises à jour historiques pour les années précédentes qui comprenaient cet indicateur. La **Figure A1 (Annexe 2)** donne un aperçu des compétences qui ont fourni des indicateurs DAE et DAP pour les données historiques par année de rapport. Afin de créer un ensemble de données sur les premiers diagnostics pour 2011 à 2019, tous les cas connus de DAE et DAP ont été exclus. On a ainsi obtenu un total de 20 075 premiers diagnostics pour les analyses de tendances 2011 à 2019. Comme toutes les juridictions n'ont pas fourni l'indicateur DAE/DAP pour les années précédentes, les analyses des tendances doivent être interprétées avec prudence. Comme les autorités de santé publique des PT mettent à jour les données historiques dans les futures soumissions de données, les mesures du premier diagnostic seront affinées dans les prochains rapports.

Figure 1 : Schéma montrant le flux de données pour les cas diagnostiqués pour la première fois et les cas déjà diagnostiqués dans toutes les provinces et territoires pour 2020



Abréviations : PT = Province ou Territoire, DAE = diagnostic antérieur à l'étranger; DAP = diagnostic antérieur hors province ; n = nombre

**Comprend les cas DAE/DAP d'un PT où les premiers diagnostics ne peuvent être séparés de tous les diagnostics de VIH.*

Les données de surveillance en un coup d'œil

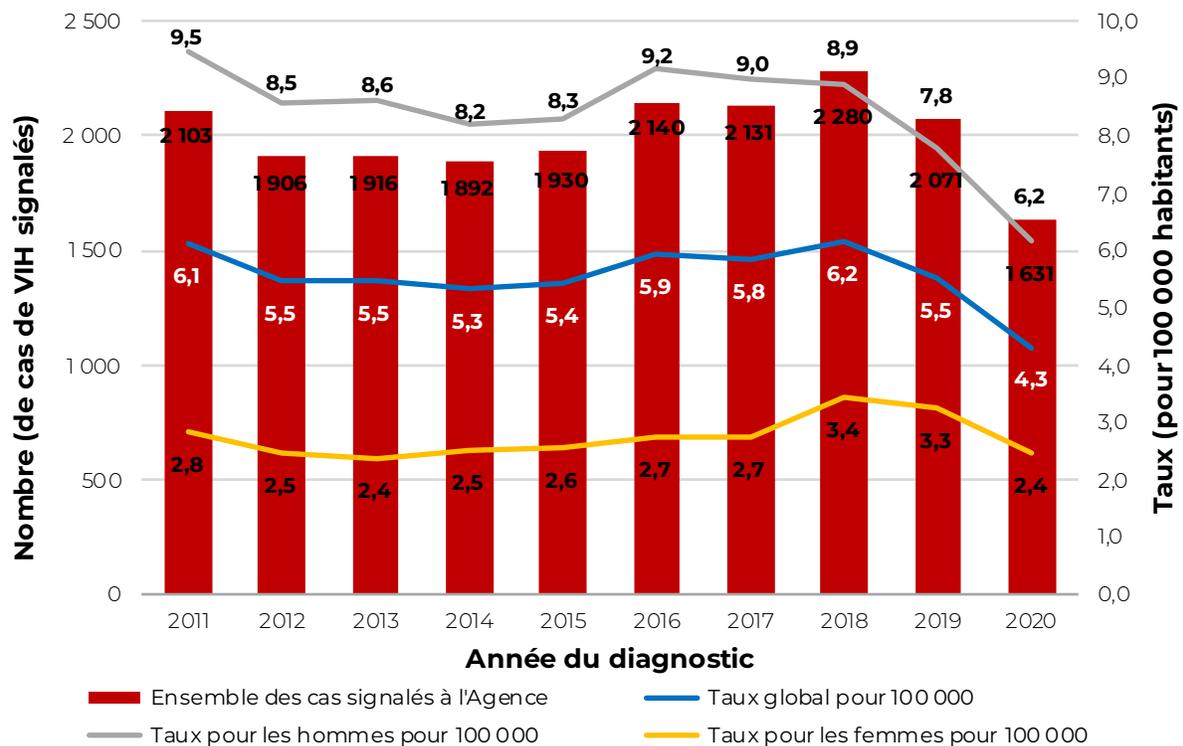
Premiers diagnostics de VIH

Tendances générales

En 2020, 1 639 cas de premiers diagnostics de VIH ont été déclarés au Canada. Il s'agit d'une diminution de 21 % par rapport au nombre de cas déclarés en 2019 (2 071 cas ont été signalés). Le taux national de diagnostic du VIH était de 4,3 pour 100 000 habitants (6,2 pour 100 000 habitants chez les hommes et 2,4 pour 100 000 habitants chez les femmes). Entre 2011 et 2019, le taux de diagnostic national a fluctué dans une fourchette étroite (entre 5,3 et 6,2 pour 100 000). De 2019 à 2020, les taux de diagnostic du VIH ont fortement diminué dans l'ensemble, ainsi que chez les hommes et les femmes. Au cours de la période de cinq ans précédant la pandémie de la COVID-19, le taux de diagnostic du VIH chez les hommes a globalement diminué, passant de 8,3 pour 100 000 habitants en 2015 à 7,8 pour 100 000 habitants en 2019. En comparaison, le taux de diagnostic du VIH chez les femmes a augmenté de 2015 à 2019, avec un taux de 2,6 pour 100 000 habitants en 2015 à 3,3 pour 100 000 habitants en 2019 (Figure 2, Tableau de données 1).

Notez que les tableaux de données pour les figures se trouvent à la fin de ce rapport (Tableaux de données, 1 à 10).

Figure 2 : Nombre de premiers diagnostics de VIH et taux de diagnostic global, par sexe et par année, Canada, 2011 à 2020^{a,b}



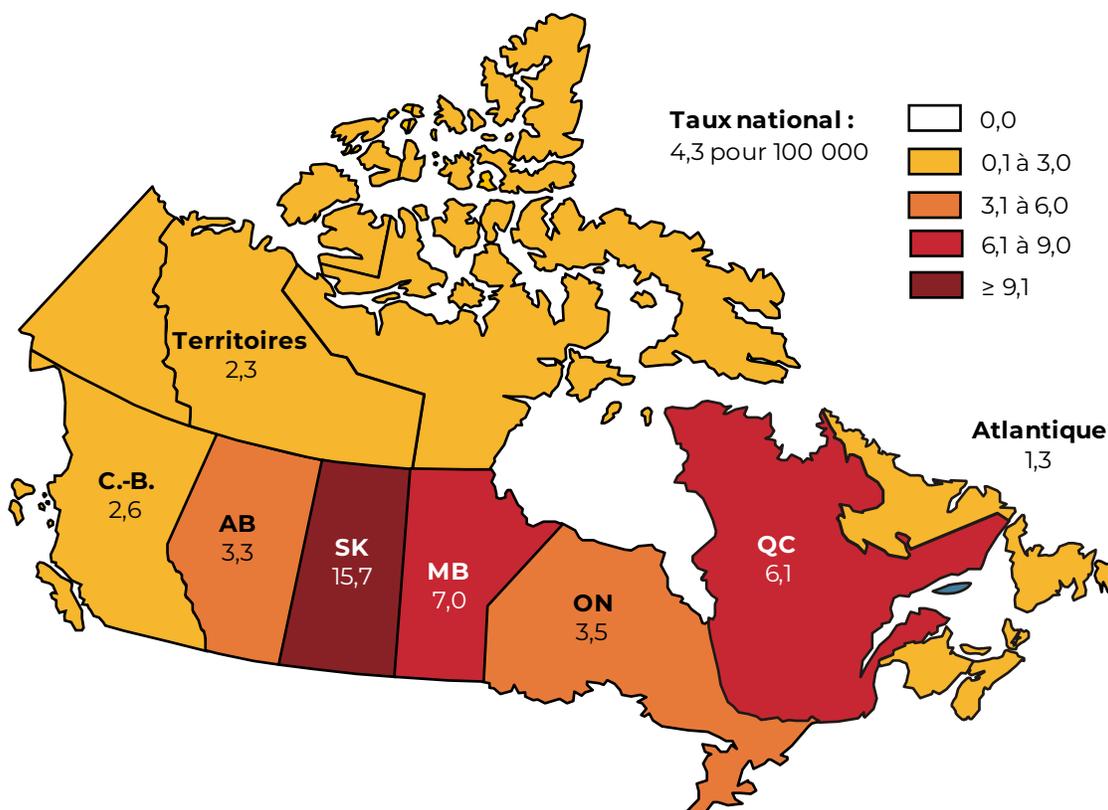
a Pour l'année 2020, seuls les premiers diagnostics sont inclus pour toutes les provinces/territoires à l'exception du Québec, qui inclut tous les cas, y compris les cas déjà diagnostiqués.

b Exclut les cas où le sexe était transgenre, transsexuel ou les cas où le sexe n'a pas été déclaré.

Distribution géographique

Les taux de premier diagnostic du VIH au Canada sont présentés à **Figure 3**. Les taux pour la région des Territoires (Territoires du Nord-Ouest, Nunavut et Yukon) et la région de l'Atlantique (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard) sont présentés sous forme de moyennes régionales. La Saskatchewan continue d'afficher le taux le plus élevé, mais presque toutes les provinces et régions ont enregistré une baisse des taux en 2020 par rapport à ceux de 2019 (**Figure 3, Tableau de données 2**).

Figure 3 : Taux de diagnostic du VIH pour 100 000 habitants, par province ou territoire, Canada, 2020^{a,b}



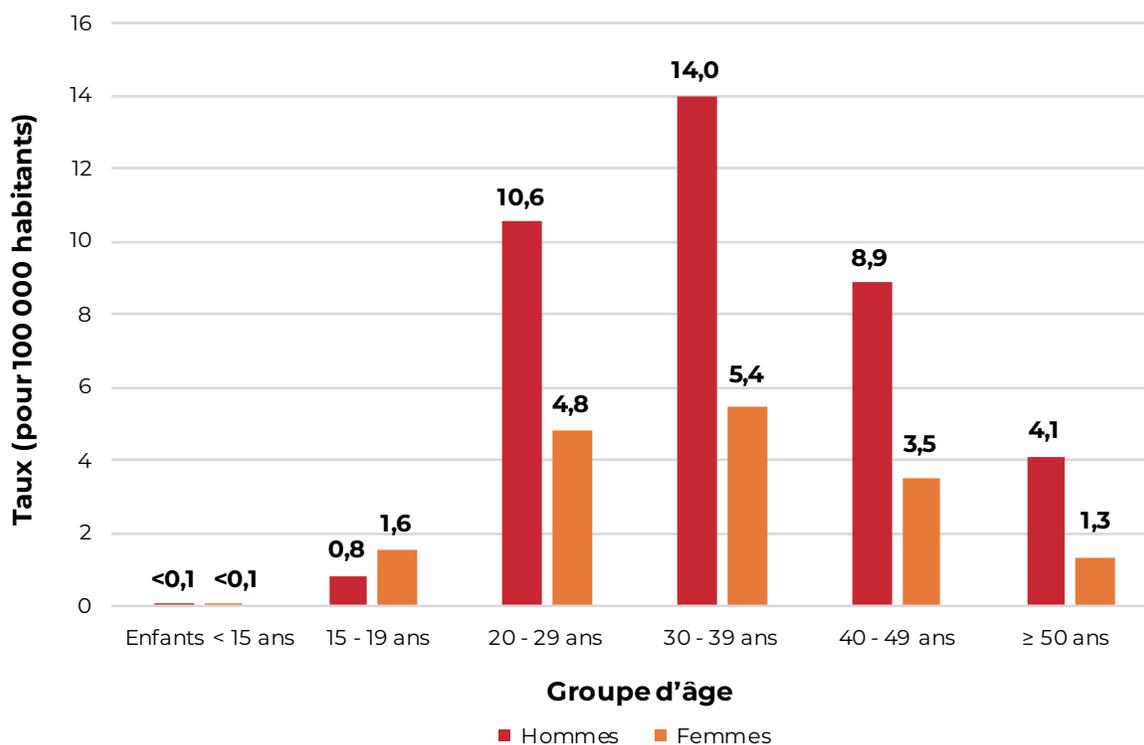
Abréviations : C.-B., Colombie-Britannique; AB, Alberta; SK, Saskatchewan; MB, Manitoba; ON, Ontario; QC, Québec; ≥, supérieur ou égal à

- Le taux du Québec comprend tous les cas/diagnostics déclarés, y compris les cas déjà diagnostiqués, par conséquent les comparaisons ne sont pas recommandées. Veuillez consulter les rapports publiés par le Québec pour de plus amples informations.
- Il est à noter que pour l'Alberta, la déclaration nationale exclut les cas de VIH pour lesquels le lieu de la première séropositivité a été identifié comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante; par conséquent, les totaux et les taux de cas de VIH dans ce rapport peuvent différer de ceux déclarés par l'Alberta.

Répartition par groupe d'âge et par sexe

En 2020, les hommes représentaient 71,4 % de tous les diagnostics de VIH (n = 1164), tandis que les femmes représentaient 28,6 % (n = 467). Les taux de premier diagnostic du VIH ont également été stratifiés en fonction du groupe d'âge et du sexe. Le taux de diagnostic du VIH le plus élevé a été observé chez les hommes de 30 à 39 ans, avec un taux de 14,0 pour 100 000 habitants. De même, le groupe d'âge de 30 à 39 ans présentait le taux de diagnostic le plus élevé parmi les cas féminins, soit 5,4 pour 100 000 habitants. Dans tous les groupes d'âge, on a observé que les taux de diagnostic du VIH étaient au moins deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes, à l'exception du groupe d'âge de 15 à 19 ans, dans lequel les femmes avaient un taux de diagnostic du VIH plus élevé (**Figure 4, Tableau de données 3**).

Figure 4 : Taux de diagnostic du VIH pour 100 000 habitants, par sexe et groupe d'âge, Canada, 2020^a

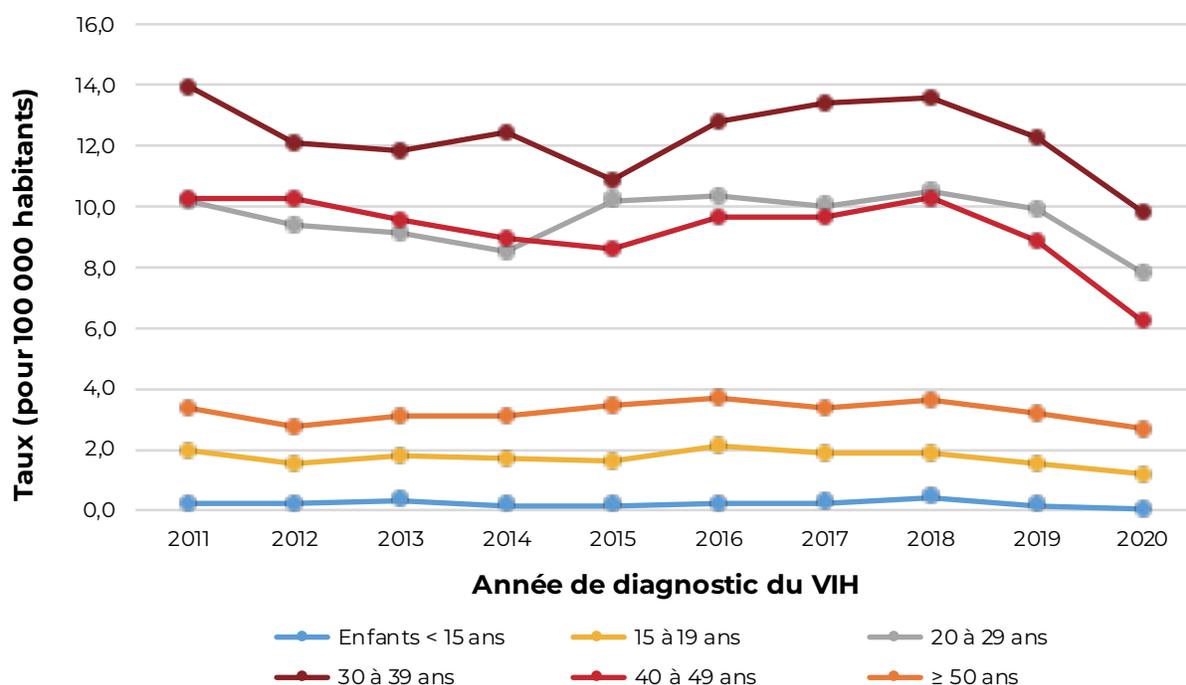


Abréviations : <, moins que; ≥, plus grand que ou égal

a Exclut les cas où le sexe était transgenre, transsexuel ou les cas où le sexe n'a pas été déclaré.

Ces dernières années, les taux de diagnostic du VIH ont diminué dans l'ensemble des groupes d'âge. Comme les années précédentes, en 2020, le taux de diagnostic le plus élevé a été observé dans la tranche d'âge des 30 à 39 ans, avec un taux de 9,8 pour 100 000 habitants. La majorité des cas de VIH diagnostiqués en 2020 étaient âgés de 20 à 49 ans, ce qui reflète les tendances observées au cours des dix années précédentes. Le taux de diagnostic du VIH était de 7,8 et 6,2 pour 100 000 habitants dans les groupes d'âge de 20 à 29 ans et de 40 à 49 ans, respectivement. Le plus faible taux de diagnostic du VIH chez les adultes a été observé chez les personnes âgées de 15 à 19 ans, avec un taux de diagnostic de 1,2 pour 100 000 habitants (**Figure 5, Tableau de données 4**).

Figure 5 : Taux de diagnostic du VIH pour 100 000 habitants, par groupe d'âge et par année, Canada, 2011 à 2020



Abréviations : <, moins que; ≥, plus grand que ou égal

Distribution des catégories d'exposition

Comme les années précédentes, la plus grande proportion des diagnostics de VIH chez les adultes a été attribuée à des contacts sexuels entre hommes (43,7 %, n = 605), suivis par des contacts hétérosexuels (34,2 %, n = 474) (**Tableau 1**). En 2020, la proportion de diagnostics de VIH attribués à l'utilisation de drogues injectables (UDI) a augmenté à 18,3 % (n = 254), contre 14,8 % (n = 273) en 2019. Le nombre de cas attribués à l'UDI ayant légèrement diminué (de 2019 par rapport à 2020), l'augmentation de la proportion peut s'expliquer en partie par des diminutions simultanées dans la catégorie d'exposition «Autre». En 2019, la proportion de la catégorie d'exposition «Autre» était de 5,1 % (n = 94 cas), tandis qu'en 2020, elle représentait 1,6 % (n = 22 cas) (**Tableau de données 5a**). Il convient de noter que,

dans les années passées, la catégorie «Autre» comprenait des cas d'exposition à l'extérieur du Canada, qui, comme indiqué précédemment, ont été supprimés de l'ensemble de données.

Chez les hommes (≥ 15 ans), en 2020, la majorité des cas ont été attribués à des contacts sexuels entre hommes (60,8 %, n = 605), suivis par les contacts hétérosexuels (21,8 %, n = 217) et les UDI (12,8 %, n = 127). Chez les femmes (≥ 15 ans), l'exposition par contact hétérosexuel représentait la plus grande proportion, soit 65,7 % (n = 255), suivie par l'UDI (32,7 %, n = 127) (**Tableau 1**).

Tableau 1 : Nombre et proportion de cas de VIH (≥ 15 ans), par sexe et catégorie d'exposition, Canada, 2020^{a, b, c, d, e, f}

Catégorie d'exposition	Homme		Femme		Total ^a	
	n	% ^b	n	% ^b	n	% ^b
Contact sexuels entre hommes	605	60,8	s.o.	s.o.	605	43,7
Contact sexuels entre hommes et UDI	30	3,0	s.o.	s.o.	30	2,2
UDI	127	12,8	127	32,7	254	18,3
Contact hétérosexuel ^c	217	21,8	255	65,7	474	34,2
Autre ^d	16	1,6	6	1,5	22	1,6
Sous-total	995	86,1	388	84,0	1385	85,2
Aucun risque identifié ^e	26	2,2	22	4,8	49	3,0
Catégorie d'exposition inconnue ou non déclarée (« manquante »)	135	11,7	52	11,3	192	11,8
Total	1156	s.o.	462	s.o.	1626^f	s.o.

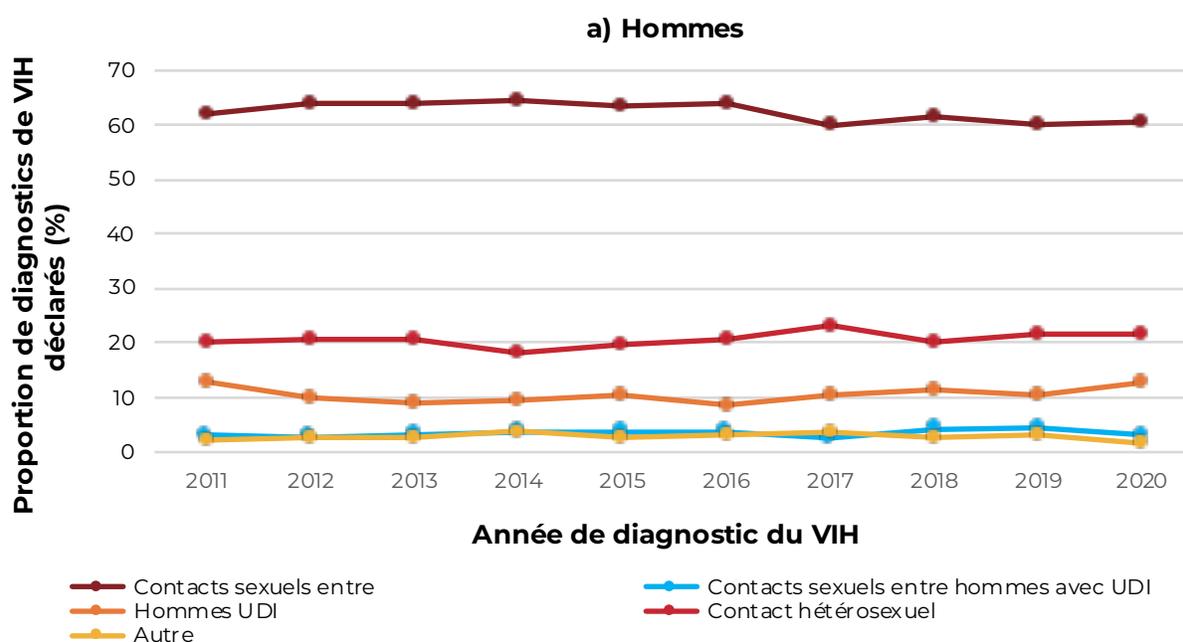
Abréviations : n, nombre; s.o., sans objet; UDI, utilisation de drogues injectables
Se référer à l'**Annexe 3** pour les détails concernant les catégories d'exposition.

- a Le nombre total de cas comprend les cas transgenres, transsexuels et les cas où le sexe n'a pas été déclaré, alors que les colonnes « homme » et « femme » excluent ces cas.
- b Les proportions sont basées sur le compte du sous-total des cas dont la catégorie d'exposition est connue.
- c Les contacts hétérosexuels comprennent : le fait de provenir d'un pays où le VIH est endémique, les contacts hétérosexuels avec une personne séropositive ou à risque accru de contracter le VIH, et les contacts hétérosexuels avec un partenaire sans risque déterminé.
- d Autre comprend le sang ou produits sanguins, l'exposition périnatale, l'exposition professionnelle, l'exposition IRCC/hors du pays et d'autres catégories d'exposition.
- e Comprend les cas où les antécédents d'exposition au VIH par l'un des autres modes énumérés sont inconnus, ou lorsqu'il n'y a pas d'antécédents d'exposition déclarés (par exemple en raison d'un décès ou d'une perte de suivi).
- f Il faut noter que ce total est basé sur l'utilisation d'un ensemble de données agrégées pour le Québec, qui compte un peu moins de cas (n = 514).

Les distributions des catégories d'exposition chez les hommes et les femmes pour les dix dernières années sont présentées dans les **Figure 6a** et **6b**. Chez les hommes, la répartition des diagnostics au sein des différentes catégories d'exposition a légèrement fluctué

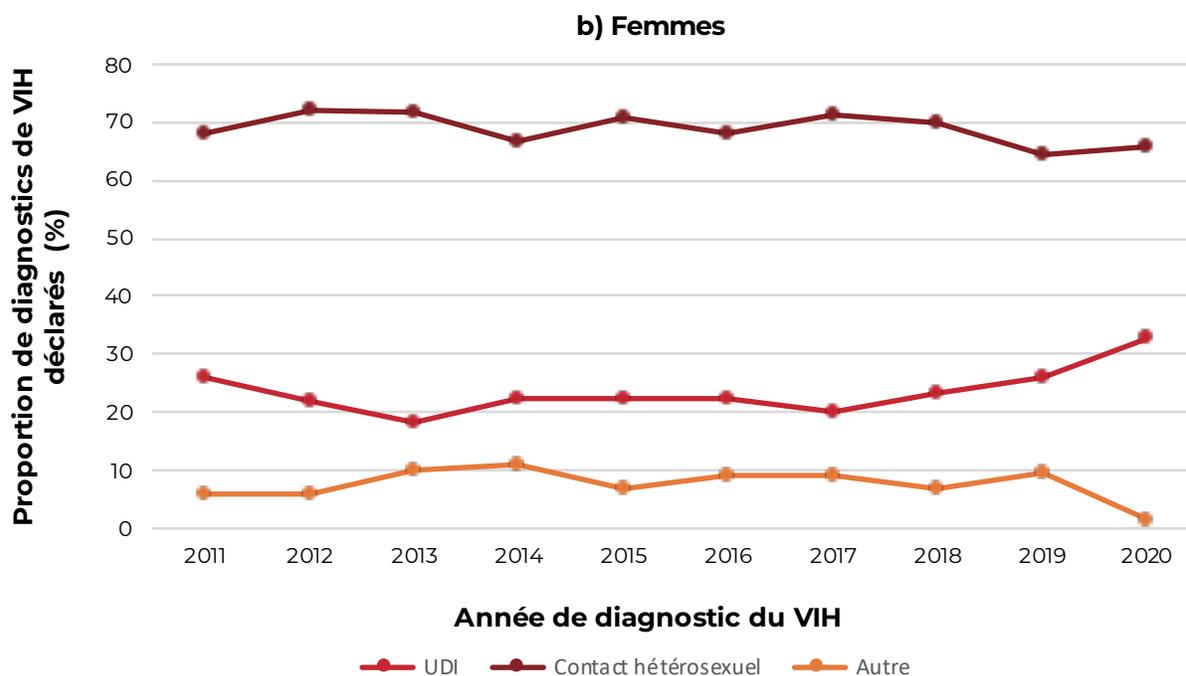
depuis 2011, mais est restée relativement stable dans l'ensemble (**Figure 6a, Tableau de données 5b**). Chez les femmes, au cours des dix dernières années, la proportion de cas attribués à la catégorie d'exposition aux UDI est restée stable entre 2011 et 2018, suivie d'une augmentation en 2019 et 2020 (26,0 % en 2019 à 32,7 % en 2020) (**Figure 6b, Tableau de données 5c**). Toutefois, le nombre réel de cas attribués à l'UDI a légèrement diminué, passant de n = 139 (2019) à n = 127 (2020). L'augmentation de la proportion peut s'expliquer en partie par la diminution simultanée de la catégorie d'exposition «Autre». Chez les femmes, en 2019, la proportion de cas dans la catégorie d'exposition «Autre» était de 9,6 % (n = 51 cas), tandis qu'en 2020, elle représentait 1,5 % (n = 6 cas). Il est possible que le retrait des cas de DAE de la catégorie «Autre» et la réduction globale du nombre de premiers diagnostics aient eu un effet sur la proportion d'UDI parmi les cas féminins.

Figure 6a : Répartition en pourcentage des cas de VIH chez les hommes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2011 à 2020^a



a Exclut les cas sans risque identifié, dont la catégorie d'exposition est inconnue ou pour lesquels la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.

Figure 6b : Répartition en pourcentage des cas de VIH chez les femmes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2011 à 2020^a

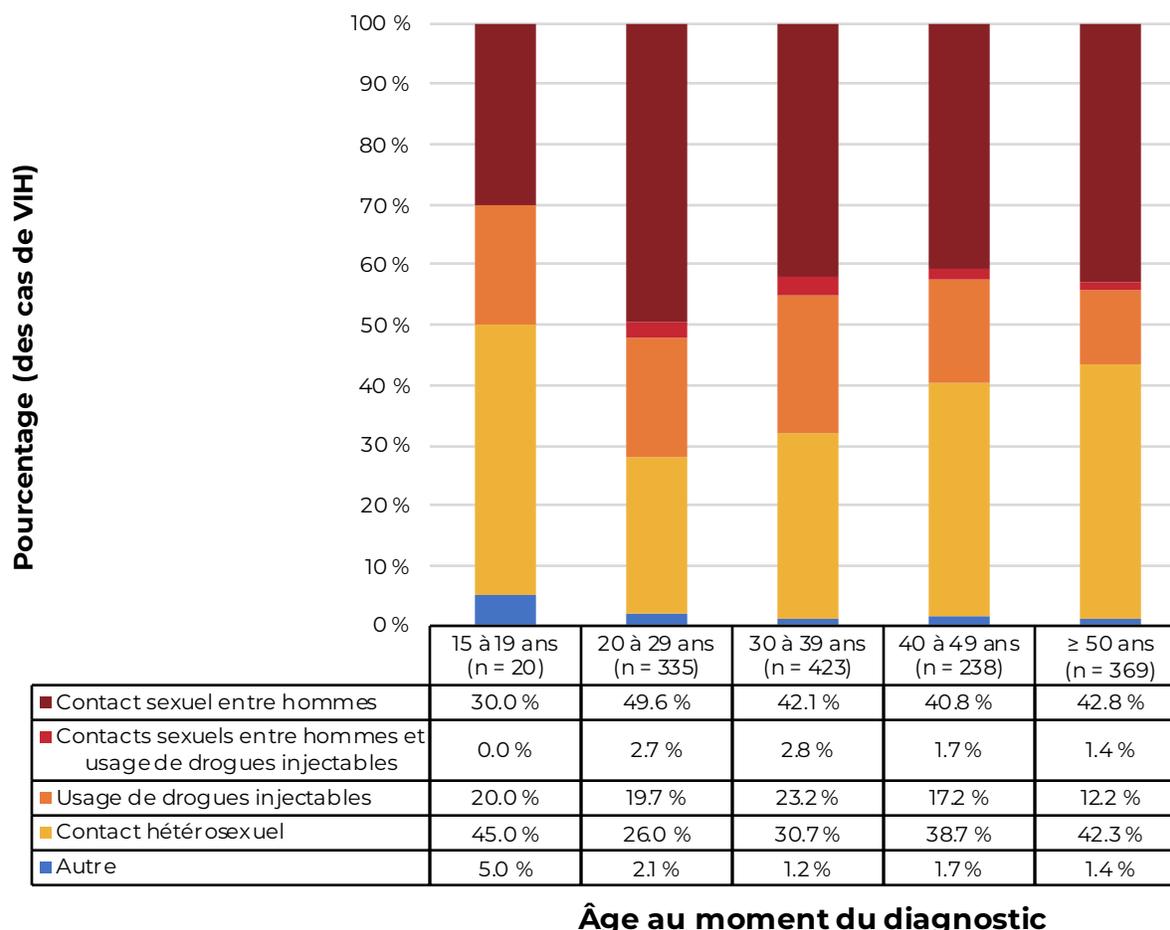


a Exclut les cas avec aucun risque signalé, dont la catégorie d'exposition est inconnue ou pour lesquels la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.

Catégorie d'exposition et groupe d'âge

Dans tous les groupes d'âge de 20 ans et plus, les contacts sexuels entre hommes constituaient la principale catégorie d'exposition déclarée, allant de 40,8 % à 49,6 % des cas. En revanche, les contacts hétérosexuels représentaient 45 % des expositions déclarées dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans. Les personnes de 50 ans et plus présentaient des proportions presque égales de catégories d'exposition aux contacts sexuels entre hommes (42,8 %, n = 158) et aux contacts hétérosexuels (42,3 %, n = 156) (**Figure 7, Tableau de données 6**).

Figure 7 : Proportion de cas de VIH déclarés (≥15 ans), par catégorie d'exposition et groupe d'âge, Canada, 2020^a



Abréviations : n, nombre; ≥, supérieur ou égal à

^a Exclut les cas sans risque identifié, dont la catégorie d'exposition est inconnue ou pour lesquels la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.

Répartition par race/origine ethnique

En 2020, des informations sur la race et l'origine ethnique ont été fournies par toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception de la Colombie-Britannique et du Québec. Toutefois, la race et l'origine ethnique n'étaient disponibles que pour 36,1 % des cas (n = 592 cas). On observe une tendance à la baisse des informations disponibles sur la race/origine ethnique pour les cas déclarés depuis le dernier rapport de surveillance complet en 2014 (49,6 %). Par conséquent, les résultats doivent être interprétés ou utilisés avec une **extrême prudence** étant donné la grande quantité de données manquantes (63,9 %) et ne sont probablement pas entièrement représentatifs du tableau national des données sur la race/origine ethnique des cas de VIH. Voir l'**Annexe 2** pour plus de détails sur les catégories de race/origine ethnique déclarées.

Sur l'ensemble des cas (n = 1639), 10,8 % ont été déclarés autochtones (Premières Nations, Métis, Inuit ou Autochtones non précisés autrement), 10,6 % blancs et 6,0 % noirs. La répartition des cas entre les catégories de race/origine ethnique varie en fonction du sexe. Chez les hommes, la plus grande proportion de cas a été déclarée chez les hommes blancs (12,5 %), suivis des hommes autochtones (7,4 %). Comparativement, chez les femmes, la plus grande proportion de cas a été déclarée chez les femmes autochtones (19,5 %), suivies des femmes noires (6,6 %) (**Tableau 2**).

Tableau 2 : Nombre et répartition en pourcentage des cas de VIH, par sexe et par race/origine ethnique, Canada, 2020^{a,b}

Race/origine ethnique	Homme		Femme		Total ^a	
	n	%	n	%	n	%
Autochtone	86	7,4	91	19,5	177	10,8
a) Premières Nations	41	3,5	43	9,2	84	5,1
b) Métis	5	0,4	2	0,4	7	0,4
c) Inuit	0	0,0	0	0,0	0	0,0
d) Autochtone, non précisé autrement	40	3,4	46	9,9	86	5,2
Asiatique du Sud/de l'Ouest/Arabe	28	2,4	3	0,6	31	1,9
Asiatique	40	3,4	1	0,2	42	2,6
Noir	68	5,8	31	6,6	99	6,0
Latino-Américain	45	3,9	1	0,2	46	2,8
Blanc	146	12,5	28	6,0	174	10,6
Autre	20	1,7	3	0,6	23	1,4
Sous-total	433	37,2	158	33,8	592	36,1
Pas de rapport	731	62,8	309	66,2	1047	63,9
Total	1164	s.o.	467	s.o.	1639	s.o.

Abréviations : n, nombre; s.o., sans objet

Voir l'**Annexe 2** pour plus de détails sur les catégories de race/origine ethnique déclarées.

a Le nombre total de cas comprend les cas transgenres, transsexuels et les cas où le sexe n'a pas été déclaré, alors que les colonnes « homme » et « femme » excluent ces cas.

b Le Québec et la Colombie-Britannique n'ont pas fourni de renseignements sur la race et l'origine ethnique. Pour les autres juridictions, le taux d'achèvement varie, interprétez les données avec une extrême prudence.

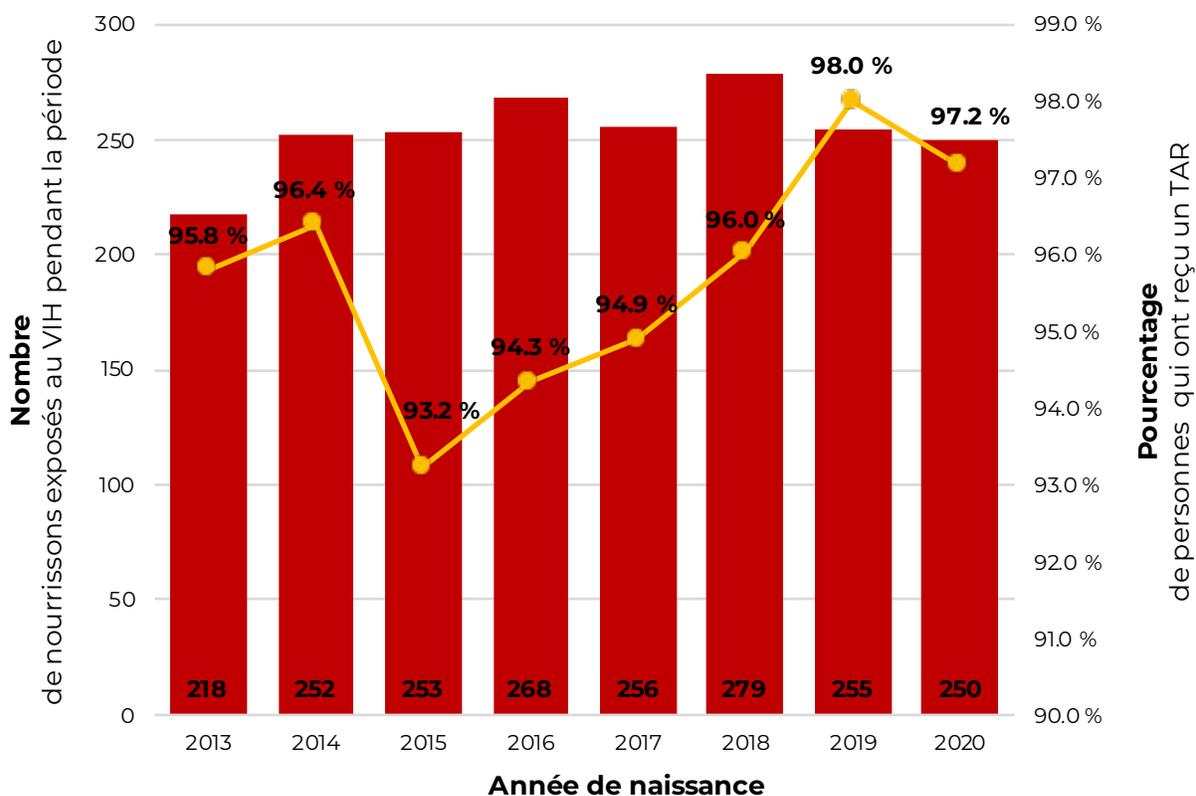
Données de surveillance supplémentaires

Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC)

En 2020, 250 nourrissons ont été exposés au VIH par voie périnatale et il y a eu cinq nouvelles infections périnatales au VIH chez des enfants nés au Canada, avec un taux d'infection de 2 % parmi les grossesses de femmes vivant avec le VIH. Parmi ces cinq nourrissons, deux sont nés de mères qui ont reçu un traitement antirétroviral ante-partum ou intrapartum, deux sont nés de mères qui n'ont pas reçu de traitement antirétroviral et un est né d'une mère dont le statut antirétroviral n'était pas connu.

Depuis 2013, on a enregistré une moyenne de 254 expositions périnatales par an (fourchette : 218 à 279) avec une moyenne de 5,6 infections par an (fourchette : 1 à 13). Bien que le nombre d'expositions périnatales ait fluctué chaque année, on observe une augmentation globale, passant de 218 expositions en 2013 à 250 en 2020 (**Figure 8**). La proportion de femmes vivant avec le VIH qui ont reçu un traitement antirétroviral pendant la grossesse en 2020 était de 97,2 %, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne entre 2013 et 2019 (95,7 %, fourchette : 93,2 % à 98 %) (**Figure 8**). D'autres résultats du Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada sont présentés dans le **Tableau de données 7**.

Figure 8 : Nombre de nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale et proportion de nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale dont la mère recevait une thérapie antirétrovirale prénatale, par l'année de naissance, Canada, 2013 à 2020



Source : PSPVC

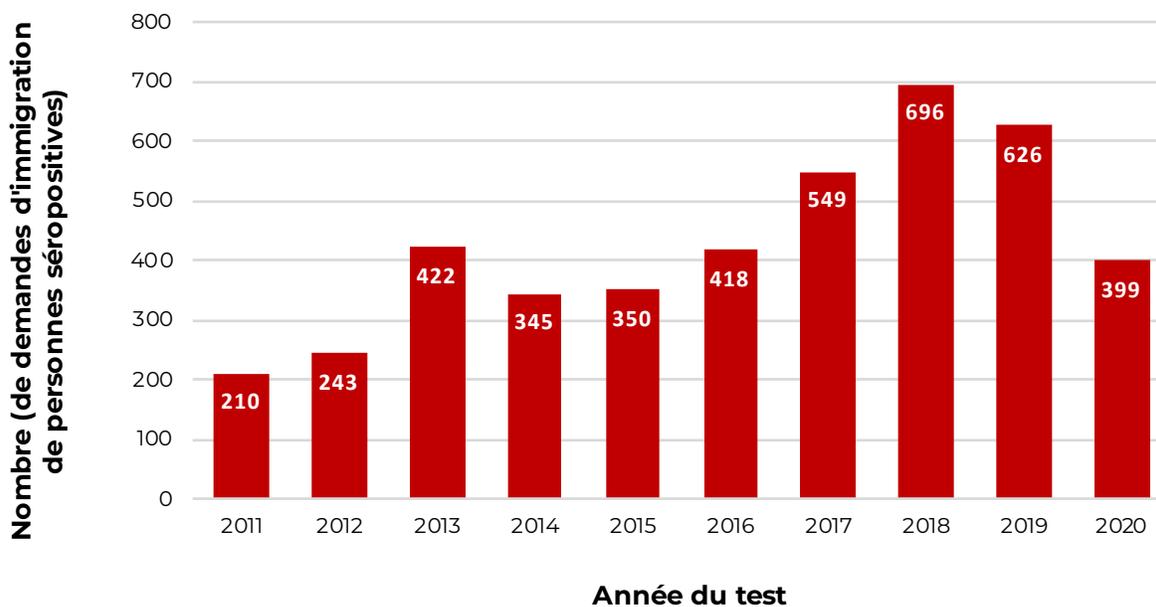
Cas de VIH identifiés grâce à l'examen médical d'immigration

En 2020, 743 migrants ont été testés positifs au VIH lors d'un examen médical d'immigration (EMI) au Canada ou à l'étranger. Ce chiffre est bien inférieur aux 1188 migrants qui ont été testés positifs au VIH lors d'une EMI en 2019, ce qui entraîne une baisse de 37,4 %. Sur l'ensemble des migrants qui ont été testés positifs au VIH au cours de l'EMI, les proportions de migrants qui ont été testés positifs (en 2020) avant l'arrivée au Canada (46,3 %) et après l'arrivée au Canada (53,7 %) sont restées similaires par rapport à l'année précédente, puisqu'il y avait 47,3 % qui ont été testés positifs à l'extérieur du Canada et 52,7 % qui ont été testés positifs au Canada en 2019 (**Tableau de données 8**).

Au total, 4 258 personnes ont été testées positives lors d'une EMI réalisée au Canada au cours des 10 dernières années, avec une moyenne de 426 par an (fourchette : 210 à 696) (**Figure 9**). Entre 2012 et 2020, parmi les demandeurs qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH lors d'une EMI au Canada, les hommes représentaient une proportion plus élevée, soit 58,7 % (n = 2 373). Dans l'ensemble, pour les deux sexes, les migrants âgés de 30 à 39 ans représentaient la plus grande proportion de tests positifs, soit 38,9 % (n = 1 573). Viennent ensuite le groupe des 40 à 49 ans, 26,3 % (n = 1 063) et le groupe des 20 à 29 ans, 18,6 % (n = 753) (**Tableau de données 9**).

Parmi les EMI réalisées au Canada entre 2012 et 2020 où le VIH a été détecté, 53,5 % ont été réalisées en Ontario, suivies de 25,9 % réalisées au Québec, 9,2 % en Alberta et 8,2 % en Colombie-Britannique. Parmi les candidats séropositifs testés au Canada, 63,7 % étaient originaires de ce qui, historiquement, serait considéré comme un pays où le VIH est endémique (16). En 2020, les notifications de santé publique de l'IRCC envoyées aux provinces ou aux territoires étaient le plus souvent envoyées en Ontario.

Figure 9 : Nombre de migrants dont le test de dépistage du VIH a été positif lors d'un examen médical d'immigration effectué au Canada, 2011 à 2020



Source : IRCC

Cas de sida

Au total, 88 cas de sida ont été signalés en 2020, soit une diminution par rapport aux 106 cas déclarés l'année précédente (**Tableau 3**). Entre 2011 et 2020, 1960 cas de sida ont été déclarés à l'ASPC. Au fil des ans, les pratiques de déclaration du sida ont changé et une diminution notée de la déclaration du sida depuis 2011 peut être partiellement due à une réduction de la déclaration par les autorités de santé publique des PT. Voir l'**Annexe 2** pour des informations sur la déclaration des cas de sida. Le nombre de diagnostics de sida a diminué chez les hommes et les femmes entre 2011 et 2019 dans les provinces qui déclarent systématiquement des données sur le sida à l'ASPC (Colombie-Britannique, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Ontario et Saskatchewan). Des données supplémentaires sur le sida sont disponibles sur le site Web des maladies à déclaration obligatoire, [Maladies à déclaration obligatoire en direct \(canada.ca\)](https://www.canada.ca/fr/maladies-a-declaration-obligatoire).

Tableau 3 : Nombre de cas de sida (tous les âges), par sexe et année de diagnostic, dans les provinces et territoires canadiens déclarants, 2011 à 2020^{a,b}

Année du diagnostic	Hommes	Femmes	Total ^a
2011	226	52	291
2012	205	46	263
2013	184	63	263
2014	179	48	243
2015	162	49	212
2016	138	52	193
2017	119	38	158
2018	112	30	143
2019	83	23	106
2020	58	30	88
Total	1 466	431	1960

a Le nombre total de cas comprend les cas transgenres, transsexuels et les cas où le sexe n'a pas été déclaré, alors que les colonnes « Hommes » et « Femmes » excluent ces cas.

b Les pratiques de déclaration du sida par les autorités des PT ont changé au fil du temps, voir l'**Annexe 2**

Mortalité liée au VIH

Selon les données sur les décès des statistiques de l'état civil (Statistique Canada, SC), un total de 1777 décès ont été attribués au VIH au Canada entre 2011 et 2019. Le nombre de décès attribués au VIH a diminué, passant de 306 en 2011 à 103 en 2019 (l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles). Parmi les personnes âgées de 15 ans et plus, 75,9 % (n = 1348) des décès attribués au VIH concernaient des hommes. Bien que le nombre de décès attribués au VIH a diminué chaque année chez les hommes et les femmes, la proportion de décès attribués au VIH chez les femmes par rapport aux hommes a diminué de 24,5 % (n = 75) à 22,3 % (n = 23) de 2011 à 2019 (**Tableau 4** et **Tableau 5**).

Tableau 4 : Nombre de décès attribués à l'infection par le VIH, selon l'âge au décès et le sexe, Canada, 2011 à 2019

Groupe d'âge	Hommes		Femmes		Total
	n	%	n	%	N
Moins de 15 ans	0	0,0	1	100,0	1
15 ans et plus	1348	75,9	428	24,1	1776
Total	1348	75,9	429	24,1	1777

Source : SC

Abréviations : n, nombre

Tableau 5 : Nombre de décès attribués à l'infection par le VIH (≥ 15 ans), par sexe, Canada, 2000 à 2019

Année du décès	Hommes	Femmes	Total
2000 à 2010	3 772	849	4 621
2011	231	75	306
2012	206	70	276
2013	189	52	241
2014	149	56	205
2015	131	59	190
2016	134	40	174
2017	116	23	139
2018	112	30	142
2019	80	23	103
Total	5 120	1 277	6 397

Source : SC

Discussion

Au total, 1 639 premiers diagnostics de VIH ont été déclarés en 2020 au Canada et le taux de diagnostic national était de 4,3 pour 100 000 habitants. Au cours de la dernière décennie, le taux de diagnostic national est resté stable au fil du temps avec quelques fluctuations mineures. Toutefois, des diminutions notables ont été observées entre 2018 et 2020. Cette diminution a été constante pour les hommes et les femmes, ces taux reflétant la tendance générale. En outre, les taux de diagnostic du VIH ont diminué dans l'ensemble des groupes d'âge, notamment entre 2019 et 2020. Ces changements dans les taux de 2020 peuvent s'expliquer en partie par le changement des pratiques de surveillance pour se concentrer sur la transmission domestique du VIH (premiers diagnostics). En outre, cette baisse peut être due à la diminution de l'accès aux services de santé liés aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), comme le dépistage, en raison de la pandémie de la COVID-19.

Tout d'abord, depuis 2019, de nombreuses provinces et territoires ont commencé à améliorer leurs pratiques de surveillance pour se concentrer principalement sur la transmission domestique du VIH, donc à déclarer les cas de VIH diagnostiqués pour la première fois dans leurs juridictions respectives. L'identification et l'exclusion des cas précédemment diagnostiqués ont diminué le nombre de cas de VIH attribués à la plupart des juridictions, ce qui a entraîné une diminution du nombre total de cas au niveau national. Cependant, toutes les juridictions n'ont pas été en mesure de fournir systématiquement des informations sur les cas précédemment diagnostiqués au cours des dix dernières années, et par conséquent, les tendances rapportées doivent être interprétées avec prudence. Au fil du temps, à mesure que les pratiques de surveillance continueront de s'améliorer et que l'ensemble des données nationales sera affiné, les analyses des tendances des premiers diagnostics au cours des dix dernières années refléteront également cette situation avec plus de précision.

Deuxièmement, des études récentes ont montré une diminution de l'accès aux services de santé liés aux ITSS pendant la pandémie de la COVID-19 en raison de divers facteurs. Une étude portant sur les patients fréquentant les cliniques de traitement des ITSS du Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique a révélé que, durant les premières phases de la pandémie, sur les 59 % de répondants qui avaient besoin de services cliniques, 52 % n'ont pas pu y avoir accès (17). Une enquête concernant l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS parmi les fournisseurs de services et de soins aux ITSS au Canada a démontré que près de 31 % d'entre eux ont déclaré avoir arrêté les services de dépistage du VIH à un moment donné pendant la pandémie et 44 % ont déclaré avoir diminué les services de dépistage du VIH (18).

Ces barrières à l'accès aux services de santé liés aux ITSS peuvent avoir conduit à une diminution du nombre de tests administrés, comme le rapportent les provinces et les territoires. Le Manitoba et la Saskatchewan ont tous deux déclaré une diminution du nombre de tests entre 2019 et 2020 (19, 20). De même, la Colombie-Britannique a déclaré une diminution du nombre de tests de dépistage du VIH pour 100 000 habitants, entre 2019 et 2020 (21). Une diminution du dépistage peut réduire le nombre de cas identifiés

et représentés dans la surveillance nationale, mais cela peut ne pas refléter avec précision la véritable incidence du VIH. Jumelés à l'amélioration des pratiques de surveillance, ces facteurs peuvent expliquer la diminution des taux nationaux de diagnostic du VIH en 2020, bien que davantage de temps et de données soient nécessaires pour déterminer s'il s'agit du début d'une tendance continue.

Par rapport à ses homologues internationaux, le taux national de diagnostic du VIH au Canada, soit 4,3 pour 100 000 habitants, est comparable à celui du Royaume-Uni (4,1 pour 100 000 habitants) (22), mais supérieur à celui de l'Australie (2,5 pour 100 000 habitants) (23); (**Tableau de données 10**). Les trois pays ont observé une diminution du nombre et des taux de diagnostics de VIH entre 2019 et 2020, qui peut être attribuée en partie à la pandémie de la COVID-19 (22, 23). Les taux de ces pays ne comprennent également que les premiers diagnostics de VIH. Le Royaume-Uni a également déclaré que moins de personnes ont accédé aux soins du VIH en 2020 et que le dépistage a globalement diminué (22).

Le Canada a accueilli 184 624 migrants en 2020, soit une diminution de près de la moitié par rapport à 2019 et le chiffre le plus bas jamais enregistré depuis 1998 (24). Cette diminution n'est pas unique au Canada (24) et est similaire aux rapports du Royaume-Uni (22) et de l'Australie (25). Ces tendances reflètent la diminution de la migration internationale suite aux restrictions aux frontières et aux voyages mises en place en mars 2020 pour atténuer la transmission de la COVID-19. Il n'est pas surprenant qu'en 2020, le nombre de cas de VIH, identifiés par les EMI d'outre-mer, qui sont arrivés au Canada ait diminué d'un peu plus d'un tiers par rapport à 2019 (36,3 %, n = 399 en 2020, n = 626 en 2019), car les clients d'outre-mer ont été empêchés de se rendre au Canada en raison des restrictions frontalières.

En 2020, les informations sur les catégories d'exposition ont été incluses pour toutes les juridictions du Canada, ce qui contribue à une image nationale plus complète des voies d'exposition au VIH. Chez les hommes, la catégorie d'exposition par contacts sexuels entre hommes continue de représenter la plus grande proportion de diagnostics de VIH (60,8 %), suivie par les contacts hétérosexuels et l'usage de drogues injectables (UDI). Des rapports antérieurs indiquent une sensibilisation aux mesures de prévention du VIH chez les gbHARSAH et une augmentation de l'utilisation de la PrPE au Canada depuis 2014 (26). Cette sensibilisation accrue et l'utilisation de la PrPE ont le potentiel de réduire la transmission parmi les gbHARSAH. Cependant, les taux de diagnostic toujours élevés indiquent que des barrières à la prévention continuent d'exister (26).

Pour les femmes, les contacts hétérosexuels et l'UDI restent les catégories d'exposition prédominantes, comme les années précédentes. En 2020, la proportion globale de diagnostics de VIH attribués aux UDI semble avoir augmenté alors que le nombre absolu de cas déclarés d'UDI a diminué. Il s'agit probablement d'un artefact de données créé par le retrait d'un certain nombre de cas DAE de la catégorie d'exposition «Autre» (qui, l'année précédente, comprenait des cas DAE), ce qui a eu un effet net sur les proportions au sein des catégories d'exposition. Cependant, il a également été déclaré que les prestataires de services de traitement et d'usage de substances ont connu une augmentation de la demande de leurs services pendant la pandémie de la COVID-19, tandis que certains ont déclaré que des services précis avaient également diminué ou cessé à un moment donné pendant cette période (18). On ignore l'impact que la diminution des services de réduction

des risques et de dépistage au cours de la première année de la pandémie a pu avoir sur le nombre de cas attribués aux UDI.

La transmission périnatale du VIH au Canada reste faible (27, 28); toutefois, cinq cas d'infection de nourrissons ont été déclarés en 2020. Il y avait une indication d'une prophylaxie TAR incomplète pour les mères de deux nourrissons, aucun traitement pour les mères de deux autres nourrissons et un cinquième nourrisson avec un statut de traitement maternel inconnu au moment du rapport (reçu début mars 2021). Le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC) a présenté une analyse de l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur l'accès à un traitement optimal du VIH, qui a montré que le soutien et les soins aux femmes enceintes vivant avec le VIH ont été affectés négativement (27, 28). La collecte des données du PSPVC en 2020 a également connu des limites en raison de la pandémie, que les futures mises à jour des données pourraient aider à résoudre.

Points forts

En plus de fournir un profil épidémiologique des premiers diagnostics de VIH et des cas de sida au niveau national, ce rapport offre également un aperçu détaillé de l'infection par le VIH chez les migrants au Canada et de la transmission périnatale. Étant donné que de plus en plus de provinces et de territoires se concentrent sur la transmission domestique du VIH, le rapport présente des informations sur les premiers diagnostics de VIH par année de diagnostic, âge, sexe, race/origine ethnique et catégorie d'exposition pour 2020. Ce changement en faveur des premiers diagnostics reflète également ce qui se fait au niveau international (comme au Royaume-Uni et en Australie), et permet des comparaisons internationales plus solides.

Limites

Les limites du rapport de surveillance ont été précédemment détaillées (4, 10) et elles incluent une proportion plus faible de données complétées pour la race/origine ethnique, une variation dans la déclaration des cas précédemment diagnostiqués dans les données historiques (en particulier avant 2019) et la sous-déclaration des cas de sida.

Il convient également de noter qu'en raison des répercussions de la pandémie de la COVID-19, les résultats du rapport doivent être interprétés avec prudence, et en particulier les tendances rapportées. En raison de l'augmentation des demandes adressées aux organismes de santé publique en réaction à la pandémie de la COVID-19, divers défis ont été relevés qui ont pu avoir un impact sur la déclaration des cas de VIH en 2020, tant au niveau national que régional. Par exemple, les efforts axés sur la réponse à la pandémie peuvent avoir eu un effet sur les processus de surveillance de la santé publique locale, y compris la collecte de données. En outre, la prestation et l'accès aux services de dépistage des ITSS ont diminué à l'échelle nationale et internationale. Les activités ont été partiellement réduites pour le PSPVC en raison de la pandémie, tandis qu'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) a noté une diminution de la migration internationale pour 2020. Comme la pandémie de la COVID-19 est toujours en cours, il faut plus de temps et de données pour évaluer avec précision tous les effets de la pandémie de la COVID-19 sur l'épidémie de VIH.

Étant donné la forte proportion de données manquantes sur la race et l'origine ethnique en 2020, toute interprétation et utilisation de ces informations doit être soigneusement étudiée. Les proportions relatives à la race/origine ethnique déclarées ne donnent probablement pas une représentation exacte de l'image nationale de la race/origine ethnique des personnes vivant avec le VIH, car près des deux tiers de ces données pour les cas de VIH nouvellement diagnostiqués étaient manquantes.

En 2020, la plupart des juridictions ont été en mesure de fournir des indicateurs de diagnostics antérieurs dans leurs ensembles de données. Toutefois, en raison des difficultés liées à la capacité disponible pour les changements apportés aux rapports dans de nombreuses juridictions, moins nombreuses sont celles qui ont été en mesure de fournir ces informations de manière cohérente pour 2011 à 2019. Au fil du temps, on s'attend à ce qu'il y ait une augmentation progressive de la suppression des cas précédemment diagnostiqués de l'ensemble des données nationales utilisées dans l'analyse des cas diagnostiqués pour la première fois. Cela permettra d'améliorer le suivi des taux de premiers diagnostics et les analyses des tendances avant 2020. Bien que les diagnostics hors du pays ou de la province n'indiquent pas toujours la véritable mesure de la transmission hors du pays ou de la province, étant donné les limites des données de surveillance du VIH reçues (les données de l'IRCC et de la surveillance du VIH ne peuvent être reliées à l'échelle nationale), les méthodes utilisées dans le présent rapport de surveillance donnent l'image la plus précise possible de la transmission nationale. Les données incluses dans ce rapport de surveillance doivent être considérées comme provisoires, les données de surveillance nationales étant mises à jour chaque année. S'il existe des divergences entre les données résumées dans ce rapport et les rapports provinciaux ou territoriaux, il faut utiliser le rapport provincial ou territorial le plus récent.

Conclusion

Le nombre et le taux de premiers diagnostics de VIH au Canada ont diminué en 2020 par rapport aux années précédentes. Deux raisons principales peuvent expliquer cette diminution : l'exclusion des cas précédemment diagnostiqués dans la plupart des juridictions afin de concentrer les rapports nationaux sur les premiers diagnostics et l'effet de la pandémie de la COVID-19 sur l'accès au dépistage du VIH. On ignore également quels effets durables la pandémie de la COVID-19 pourrait avoir sur l'épidémiologie du VIH au Canada dans les années à venir. En plus de répondre aux exigences mondiales en matière de rapports (y compris les estimations de la prévalence du VIH et des 90-90-90), ces données de surveillance aident à suivre les progrès réalisés par rapport au Cadre d'action pancanadien sur les ITSS et au Plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les ITSS. L'observation des tendances en matière de transmission nationale permet de savoir où concentrer les activités de prévention. Pour cela, il faut des améliorations continues de la surveillance du VIH, y compris les premiers diagnostics. À l'avenir, l'ASPC continuera de collaborer avec les provinces, les territoires et d'autres partenaires de surveillance pour décrire l'épidémiologie du VIH au Canada.

Tableaux de données

Les tableaux de données suivants fournissent des informations qui étayent les chiffres et les résultats présentés dans ce rapport.

Tableau de données 1 : Nombre de premiers diagnostics de VIH et taux de diagnostic global, par sexe et par année, Canada, 2011 à 2020^{a,b}

Année du diagnostic	Total des premiers diagnostics ^b	Taux global pour 100 000	Hommes premier diagnostic	Hommes taux pour 100 000	Femmes premiers diagnostics	Femmes taux pour 100 000
2011	2103	6,1	1610	9,5	493	2,8
2012	1906	5,5	1471	8,5	435	2,5
2013	1916	5,5	1498	8,6	418	2,4
2014	1892	5,3	1441	8,2	451	2,5
2015	1930	5,4	1467	8,3	463	2,6
2016	2140	5,9	1641	9,2	499	2,7
2017	2131	5,8	1627	9,0	504	2,7
2018	2280	6,2	1639	8,9	641	3,4
2019	2071	5,5	1454	7,8	617	3,3
2020	1631	4,3	1164	6,2	467	2,4

a Pour l'année 2020, seuls les premiers diagnostics sont inclus pour toutes les provinces/territoires à l'exception du Québec, qui comprend également les cas déjà diagnostiqués.

b Exclut les cas où le sexe était transgenre, transsexuel ou les cas où le sexe n'a pas été déclaré.

Tableau de données 2 : Taux de diagnostic du VIH pour 100 000 habitants, par province ou territoire, Canada, 2020 (n = 1 639)^{a,b,c}

Province	Nombre de premiers diagnostics	Taux de diagnostic du VIH (pour 100 000 habitants)
Alberta	147	3,3
Région de l'Atlantique	30	1,3
Colombie-Britannique	136	2,6
Manitoba	97	7,0
Ontario	515	3,5
Québec	526	6,1
Saskatchewan	185	15,7
Territoires	3	2,3

- a Les taux pour les territoires (Yukon, Nunavut et Territoires du Nord-Ouest) et la région de l'Atlantique (Île-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador) sont présentés sous forme de moyennes. Source des données sur la population : Statistiques démographiques annuelles, Division des études démographiques, Statistique Canada, 1^{er} juillet 2020
- b Pour l'année 2020, seuls les premiers diagnostics sont inclus pour toutes les provinces/territoires à l'exception du Québec, qui comprend également les cas déjà diagnostiqués.
- c Pour l'Alberta, la déclaration nationale exclut les cas de VIH où le lieu de la première séropositivité a été identifié comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante. Par conséquent, les totaux des cas de VIH de l'ASPC peuvent différer de ceux déclarés par l'Alberta.

Tableau de données 3 : Taux de diagnostic du VIH pour 100 000 habitants, par sexe et groupe d'âge, Canada, 2020 (n = 1 631)^{a,b}

Groupe d'âge	Hommes		Femmes	
	Nombre de diagnostics	Taux pour 100 000	Nombre de diagnostics	Taux pour 100 000
Enfants < 15 ans	1	<0,1	1	<0,1
15 à 19 ans	9	0,8	16	1,6
20 à 29 ans	281	10,6	119	4,8
30 à 39 ans	374	14,0	143	5,4
40 à 49 ans	213	8,9	86	3,5
≥ 50 ans	286	4,1	102	1,3

Abréviations : <, moins de

- a Pour l'année 2020, seuls les premiers diagnostics sont inclus pour toutes les provinces/territoires à l'exception du Québec, qui comprend également les cas déjà diagnostiqués.
- b Exclut les cas où le sexe était transgenre, transsexuel ou les cas où le sexe n'a pas été déclaré.

Tableau de données 4 : Nombre et taux de diagnostics de VIH pour 100 000 habitants par groupe d'âge et par année, Canada, 2011 à 2020^{a,b,c}

Groupe d'âge	Année du diagnostic																			
	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux
Enfants < 15 ans	11	0,2	12	0,2	19	0,3	9	0,2	9	0,2	12	0,2	14	0,2	24	0,4	10	0,2	2	0,1
15 à 19 ans	44	2,0	33	1,5	38	1,8	36	1,7	34	1,6	44	2,1	40	1,9	39	1,9	33	1,6	25	1,2
20 à 29 ans	479	10,1	447	9,4	437	9,1	410	8,5	492	10,2	501	10,3	492	10,0	526	10,5	505	9,9	400	7,8
30 à 39 ans	642	14,0	562	12,1	559	11,8	599	12,5	524	10,8	625	12,8	665	13,4	690	13,6	638	12,3	519	9,8
40 à 49 ans	523	10,2	516	10,2	472	9,5	435	8,9	413	8,6	462	9,7	460	9,6	493	10,3	428	8,9	301	6,2
≥ 50 ans	409	3,4	339	2,7	397	3,1	409	3,1	461	3,4	503	3,7	462	3,3	510	3,6	460	3,2	392	2,7

Abréviations : n = nombre; <, inférieur à; ≥, supérieur ou égal

- a Exclut les cas où l'âge n'est pas déclaré ou est inconnu.
 b Source des données sur la population : Statistiques démographiques annuelles, Division des études démographiques, Statistique Canada, 1^{er} juillet 2020
 c Pour l'année 2020, seuls les premiers diagnostics sont inclus pour toutes les provinces/territoires à l'exception du Québec, qui comprend également les cas déjà diagnostiqués.

Tableau de données 5a : Répartition en pourcentage des cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2011 à 2020^{a,b,c,d}

Catégorie d'exposition	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Contacts sexuels entre hommes	924	48,5	948	48,9	988	50,1	897	49,8	924	48,7	971	49,3	899	45,6	857	44,3	788	42,8	605	43,7
Contacts sexuels entre hommes et d'usage de drogues injectables	46	2,4	40	2,1	50	2,5	53	2,9	54	2,8	58	2,9	39	2,0	58	3,0	58	3,1	30	2,2
Usage de drogues injectables	297	15,6	247	12,7	221	11,2	227	12,6	249	13,1	233	11,8	255	12,9	282	14,6	273	14,8	254	18,3
Contact hétérosexuel	580	30,0	635	32,8	628	31,9	527	29,2	601	31,6	621	31,5	684	34,7	661	34,2	629	34,1	474	34,2
Autre	57	3,0	68	3,6	87	4,5	99	6,0	70	3,8	88	4,5	96	4,9	76	3,9	94	5,1	22	1,6

Abréviations : n, nombre; ≥, supérieur ou égal à

- a Exclut les cas dont la catégorie d'exposition est inconnue, les cas sans risque déterminé et les cas où la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.
- b Autre comprend l'exposition périnatale, le sang/produits sanguins, l'exposition professionnelle, les cas de l'Alberta identifiés par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et d'autres catégories d'exposition.
- c Les données du Québec sur la catégorie d'exposition ne sont pas liées aux données des cas présentées par ligne. Ainsi, le nombre total de cas pour la catégorie d'exposition diffère légèrement des tableaux précédents. Veuillez-vous reporter aux notes techniques pour de plus amples informations.
- d Les chiffres des cas de VIH parmi tous les adultes incluent les cas de transgenres, de transsexuels et les cas où le sexe n'a pas été déclaré. Reportez-vous aux notes techniques pour plus d'informations sur la catégorie d'exposition.

Tableau de données 5b : Répartition en pourcentage des cas de VIH chez les hommes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2011 à 2020^{a,b,c}

Catégorie d'exposition	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Contacts sexuels entre hommes	924	62,0	948	63,8	988	64,0	897	64,5	922	63,3	969	64,0	899	59,9	854	61,7	782	60,1	605	60,8
Contacts sexuels entre hommes et d'usage de drogues injectables	46	3,1	40	2,7	50	3,2	53	3,8	54	3,7	58	3,8	39	2,6	58	4,2	58	4,5	30	3,0
Usage de drogues injectables	190	12,7	148	10,0	142	9,2	133	9,6	150	10,3	131	8,6	160	10,7	155	11,2	134	10,3	127	12,8
Contact hétérosexuel	299	20,1	310	20,8	319	20,7	253	18,2	290	19,9	311	20,5	349	23,3	278	20,1	284	21,8	217	21,8
Autre	32	2,1	41	2,8	45	2,9	54	3,9	40	2,7	46	3,0	54	3,6	38	2,7	43	3,3	16	1,6

Abréviations : n, nombre; z, supérieur ou égal à

- a Exclut les cas dont la catégorie d'exposition est inconnue, les cas sans risque déterminé et les cas où la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.
- b Autre comprend l'exposition périnatale, le sang/produits sanguins, l'exposition professionnelle, les cas de l'Alberta identifiés par l'immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et d'autres catégories d'exposition.
- c Les données du Québec sur la catégorie d'exposition ne sont pas liées aux données des cas présentées par ligne. Ainsi, le nombre total de cas pour la catégorie d'exposition diffère légèrement des tableaux précédents. Veuillez-vous reporter aux notes techniques pour de plus amples informations.

Tableau de données 5c : Répartition en pourcentage des cas de VIH chez les femmes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2011 à 2020^{a,b,c}

Catégorie d'exposition	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Usage de drogues injectables	107	25,9	99	22,0	78	18,3	92	22,5	99	22,6	102	22,5	94	20,0	127	23,2	139	26,0	127	32,7
Contact hétérosexuel	281	68,0	325	72,1	307	71,9	272	66,5	311	70,8	309	68,2	334	71,1	383	69,9	344	64,4	255	65,7
Autre	25	6,1	27	6,0	42	9,8	45	11,0	29	6,6	42	9,3	42	8,9	38	6,9	51	9,6	6	1,5

Abréviations : n, nombre; z, supérieur ou égal à

- a Exclut les cas dont la catégorie d'exposition est inconnue, les cas sans risque déterminé et les cas où la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.
- b Autre comprend l'exposition périnatale, le sang/produits sanguins, l'exposition professionnelle, les cas de l'Alberta identifiés par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et d'autres catégories d'exposition.
- c Les données du Québec sur la catégorie d'exposition ne sont pas liées aux données des cas présentées par ligne. Ainsi, le nombre total de cas pour la catégorie d'exposition diffère légèrement des tableaux précédents. Veuillez-vous reporter aux notes techniques pour de plus amples informations.

Tableau de données 6 : Proportion de cas de VIH déclarés (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et groupe d'âge, Canada, 2020^{a,b,c,d}

Groupe d'âge	Contacts sexuels entre hommes		Contacts sexuels entre hommes et d'usage de drogues injectables		Usage de drogues injectables		Contact hétérosexuel		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15 à 19 ans	6	30,0	0	0,0	4	20,0	9	45,0	1	5,0
20 à 29 ans	166	49,6	9	2,7	66	19,7	87	26,0	7	2,1
30 à 39 ans	178	42,1	12	2,8	98	23,2	130	30,7	5	1,2
40 à 49 ans	97	40,8	4	1,7	41	17,2	92	38,7	4	1,7
≥ 50 ans	158	42,8	5	1,4	45	12,2	156	42,3	5	1,4

Abréviations : n, nombre; ≥, supérieur ou égal à

- a Comprend les cas où le sexe est transgenre, transsexuel et les cas où le sexe n'a pas été déclaré (n = 8).
- b Exclut les cas dont la catégorie d'exposition est inconnue, les cas aucun risque signalé et les cas où la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée (n = 241).
- c La catégorie Autre exposition comprend les cas de l'Alberta identifiés par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, les catégories sang/coagulation, périnatale, exposition professionnelle et autre exposition.
- d Les données du Québec sur la catégorie d'exposition ne sont pas liées aux données des cas présentées par ligne. Ainsi, le nombre total de cas pour la catégorie d'exposition dans ce tableau diffère légèrement des tableaux précédents. Veuillez-vous reporter aux notes techniques pour de plus amples informations.

Tableau de données 7 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale, selon l'année de naissance, l'état actuel et l'utilisation d'un traitement antirétroviral (TAR) à des fins prophylactiques, 1984 à 2020^{a,b,c,d}

	Année de naissance									Total
	1984 à 2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Pas de prophylaxie périnatale par TAR										
Infection confirmée	656	4	4	11	5	3	5	1	2	691
Asymptomatique	64	4	2	8	4	0	5	1	0	88
Symptomatique	16	0	1	2	1	0	0	0	1	21
Décédé du sida	100	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Décédé d'une autre cause	10	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Perdu de vue ^a	196	0	1	1	0	3	0	0	1	202
Soins aux adultes ^b	270	0	0	0	0	0	0	0	0	270
Confirmé non infecté	503	5	5	6	10	10	6	4	3	552
Statut infectieux non confirmé	26	0	2	28						
Indéterminé	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Perdu de vue ^c	26	0	0	0	0	0	0	0	1	27
Sous-total	1185	9	9	17	15	13	11	5	7	1271
Toute prophylaxie périnatale par TAR										
Infection confirmée	29	0	2	2	0	1	2	0	2	38
Asymptomatique	9	0	1	1	0	1	2	0	0	14
Symptomatique	2	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Décédé du sida	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Décédé d'une autre cause	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Perdu de vue ^a	11	0	1	1	0	0	0	0	1	14
Soins aux adultes ^b	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Confirmé non infecté	2640	206	239	228	246	237	255	234	204	4 489
Statut infectieux non confirmé	26	0	0	4	4	4	9	12	33	92
Indéterminé	0	0	0	0	0	0	0	0	31	31
Perdu de vue ^c	26	0	0	4	4	4	9	12	2	61
Sous-total	2695	206	241	234	250	242	266	246	239	4 619
Exposition à la prophylaxie TAR périnatale inconnue	44	3	2	2	3	1	2	4	4^d	65
Total	3924	218	252	253	268	256	279	255	250	5955

Sources des données : Données du PSPVC reçues le 26 mars 2021

- a Un enfant est considéré comme perdu de vue s'il n'y a pas de données sur son état actuel pour les 3 dernières années ou pour les 3 années précédant ses 18 ans.
- b Il s'agit des sujets qui étaient âgés de 18 ans ou plus à la fin de 2020 et qui ont été transférés vers des soins pour adultes.
- c Inclut également les nourrissons qui sont décédés avant que le statut ne soit terminé.
- d En 2020, 5 cas ont été déclarés : 2 chez les nourrissons ayant bénéficié d'un TAR incomplet, 2 chez les nourrissons n'ayant pas bénéficié d'un TAR et 1 chez un nourrisson dont le statut d'exposition au TAR est inconnu. Un nourrisson avec un diagnostic de VIH est inclus parmi les 4 nourrissons dont le statut périnatal lié au TAR est inconnu.

Tableau de données 8 : Nombre et répartition en pourcentage des candidats à l'immigration au Canada ayant reçu un diagnostic de VIH à la suite d'un examen médical d'immigration (EMI), selon l'année et le lieu du test, 2011 à 2020^{a,b,c}

Année ^b	Testé au Canada ^b		Testé à l'étranger ^b	
	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	%	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	%
2011	210	63,8	119	36,2
2012	243	63,4	140	36,6
2013	422	67,7	201	32,3
2014	345	67,9	163	32,1
2015	350	63,6	200	36,4
2016	418	55,7	333	44,3
2017	549	65,7	286	34,3
2018	696	67,8	330	32,2
2019	626	52,7	562	47,3
2020	399	53,7	344	46,3
Total	4 258	61,4	2 678	38,6

- a Source : Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, IRCC Système mondial de gestion des cas (SMGC) d'IRCC et Système médical de l'immigration (SMI)/Système de soutien des opérations des bureaux locaux (SSOBL) à partir de juillet 2021. Reproduit et distribué avec la permission d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.
- b Pour les candidats testés au Canada, l'année correspond à l'année du test. Pour les candidats testés à l'étranger, l'année correspond à l'année où le candidat est arrivé au Canada.
- c Les pourcentages font référence à la proportion de la catégorie parmi tous les tests VIH positifs à la suite d'un EMI rapportés pour l'année particulière précisée.

Tableau de données 9 : Nombre et répartition en pourcentage des candidats à l'immigration au Canada ayant reçu un diagnostic de VIH à la suite d'un examen médical d'immigration (EMI), selon le lieu du test, le sexe, le groupe d'âge et la province, 2012 à 2020^{a,b,c}

	Testé au Canada ^b		Testé à l'étranger ^b	
	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	%	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	%
Sexe				
Homme	2 373	58,7	1 306	54,0
Femme	1 672	41,3	1 111	46,0
Groupe d'âge				
<20	61	1,5	160	6,6
20 à 29	753	18,6	657	27,2
30 à 39	1 573	38,9	849	35,1
40 à 49	1 063	26,3	441	18,2
50	598	14,8	312	12,9
Province^b				
AB	374	9,2	344	14,8
C-B	331	8,2	267	11,5
MB	52	1,3	142	6,1
ON	2 167	53,5	823	35,4
QC	1 047	25,9	549	23,6
SK	50	1,2	72	3,1
Provinces atlantiques ^c	26	0,6	122	5,2
Territoires ^c	1	0,0	8	0,3
Pays où le VIH est endémique				
Oui	2 580	63,7	1 582	65,4
Non	1 468	36,3	837	34,6

a Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, IRCC Système mondial de gestion des cas (SMGC) d'IRCC et Système médical de l'immigration (SMI)/Système de soutien des opérations des bureaux locaux (SSOBL) à partir de juillet 2021. Reproduit et distribué avec la permission d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.

b Pour les candidats testés au Canada, la province fait référence à la province où le test a été effectué. Pour les candidats testés à l'étranger, la province fait référence à la province de résidence prévue.

c En raison des faibles nombres, les données pour les provinces et territoires de l'Atlantique sont agrégées.

Tableau de données 10 : Statistiques internationales des cas de VIH déclarés par pays, 2020^{a,b,c,d}

Pays	Nombre cumulé jusqu'en 2020 ^a	Nombre déclaré en 2020	Taux tous âges pour 100 000 habitants en 2020
Amérique du Nord et Australie			
Canada	89 803	1 639	4,3
États-Unis ^b	ND	30 035	ND
Australie ^c	40 578	633	2,5
Europe de l'Ouest^d			
Autriche	10 401	155	1,7
Andorre	96	ND	ND
Belgique	33 237	727	6,3
Danemark	8 161	161	2,8
Finlande	4 349	136	2,5
France	97 370	3 443	5,1
Allemagne	73 722	2 454	3,0
Grèce	16 762	601	5,6
Islande	485	34	9,3
Irlande	10 436	429	8,6
Israël	10 862	363	4,2
Italie	51 168	1 303	2,2
Luxembourg	1 922	44	7,0
Malte	667	82	15,9
Pays-Bas	28 891	396	2,3
Norvège	6 791	137	2,6
Portugal	61 822	ND	ND
Saint-Marin	93	0	0,0
Espagne	56 557	1 884	5,6
Suède	13 859	360	3,5
Suisse	37 111	288	3,3
Royaume-Uni	167 847	2 785	4,1

Abréviations : ND, non déclaré

- a Le nombre cumulé est le nombre total de cas déclarés par chaque pays depuis le début de la déclaration.
- b Source: United States Centers for Disease Control and Prevention.
<https://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance-data-tables/index.html>. Publié en décembre 2021.
- c Source: Kirby Institute. HIV. Sydney: Kirby Institute, UNSW Sydney; 2020. Disponible auprès de :
<https://data.kirby.unsw.edu.au/hiv>.
- d Source: European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2021 – 2020 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Consulté sur:
https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/2021-Annual_HIV_Report_0.pdf.

Tableaux supplémentaires

Des copies des tableaux supplémentaires sont disponibles sur demande. Veuillez envoyer un courriel à la section de surveillance du VIH/sida, au personnel de l'ASPC, à l'adresse hass@phac-aspc.gc.ca.

Liste des tableaux supplémentaires

Tableau 1 : Taux de diagnostic du VIH (pour 100 000 habitants) par province ou territoire et année de diagnostic (tous les âges)

Tableau 2 : Nombre de cas de VIH (tous les âges) par province ou territoire, sexe et année de diagnostic, Canada, 1985 à 2020

Tableau 3 : Nombre de cas de VIH par groupe d'âge et par province ou territoire, Canada, 2019 à 2020

Tableau 4 : Nombre de cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans) par année de diagnostic et par sexe, Canada, 1985 à 2020

Tableau 5 : Nombre de cas de VIH et taux de diagnostic du VIH par groupe d'âge, sexe et année de diagnostic, Canada, 1985 à 2020

Tableau 6 : Répartition et pourcentage des cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 1985 à 2020

Tableau 7 : Répartition et pourcentage des cas de VIH chez les hommes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 1985 à 2020

Tableau 8 : Répartition et pourcentage des cas de VIH chez les femmes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 1985 à 2020

Tableau 9 : Répartition et pourcentage des cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et groupe d'âge, Canada, 2019 à 2020

Tableau 10 : Répartition et pourcentage des cas de VIH chez les enfants (< 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 1985 à 2020

Tableau 11 : Nombre de cas de VIH par catégorie d'exposition et par province ou territoire, Canada, 2019 à 2020

Tableau 12 : Nombre et répartition en pourcentage des candidats à l'immigration au Canada ayant reçu un diagnostic de VIH à la suite d'un examen médical d'immigration (EMI), selon l'année, 2011 à 2020

Tableau 13 : Nombre et répartition en pourcentage des candidats à l'immigration au Canada ayant reçu un diagnostic de VIH à la suite d'un examen médical d'immigration (EMI), selon le sexe, le groupe d'âge et la province, 2012 à 2020

Tableau 14 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale, par catégorie d'exposition maternelle et année de naissance du nourrisson, 1984 à 2020

Tableau 15 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale, selon l'année de naissance, l'état actuel et l'utilisation d'un traitement antirétroviral (TAR) à des fins prophylactiques, 1984 à 2020

Tableau 16 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale selon la région géographique et statut lors du dernier rapport, 1984 à 2020

Tableau 17 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale selon le statut ethnique et le statut d'infection, 1984 à 2020

Tableau 18 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale, selon le pays de naissance de la mère et le statut d'infection, 1984 à 2020

Tableau 19 : Statistiques internationales sur les cas de VIH déclarés, 2020

Annexe 1 : Contributeurs de données

Provinces/Territoires

Alberta Health

23^e étage ATB Place
10025 avenue Jasper
Edmonton, AB T5J 1S5
<https://www.alberta.ca/health.aspx>

BC Centre for Disease Control

655 12^e avenue ouest
Vancouver, Colombie-Britannique V5Z 4R4
<http://www.bccdc.ca/default.htm>

Manitoba Health

4^e étage — 300 rue Carlton
Winnipeg, MB R3B 3M9
<https://www.gov.mb.ca/health/index.fr.html>

Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

520 rue King, HSBC Place
Boîte postale 5100
Fredericton, Nouveau Brunswick E3B 6G3
<https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante.html>

Newfoundland and Labrador Department of Health and Community Services

West Block, Édifice de la Confédération
Boîte postale 8700
St. John's, Terre-Neuve A1B 4J6
<https://www.gov.nl.ca/hcs/reenseignements-en-francais/>

Territoires du Nord-Ouest Santé et Services sociaux

Boîte postale 1320
8^E étage, Tour Centre Square
5022- 49^e rue
Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest X1A 2L9
<https://www.hss.gov.nt.ca/fr>

Ministère de la Santé et des Services sociaux de la Nouvelle-Écosse

Summit Place, 5^e étage
1601 rue Lower Water
Boîte postale 487
Halifax, Nouvelle-Écosse B3J 2R7
<https://beta.novascotia.ca/fr/government/health-and-wellness/programs-and-services>

Ministère de la santé du Nunavut

Boîte postale 1000, Station 1000
Iqaluit, Nunavut XOA 0H0
<https://www.gov.nu.ca/fr/sant%C3%A9>

Laboratoire de Santé publique Ontario

661 avenue University, Suite 1701
Toronto, ON M5G 1M1
<https://www.publichealthontario.ca/fr/>

Santé publique Ontario

480 avenue University, Suite 300
Toronto ON M5G 1V2
<https://www.publichealthontario.ca/fr/>

Ministère de la Santé et Mieux-être l'Île-du-Prince-Édouard

16 rue Fitzroy, 2^e étage
Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard C1A 7N8
<https://www.princeedwardisland.ca/fr/sujet/sante-et-mieux-etre>

Laboratoire de santé publique du Québec INSPQ

20045, chemin Sainte-Marie
Sainte-Anne-de-Bellevue, Québec H9X 3R5
<https://www.inspq.qc.ca/>

Ministère de la Santé de la Saskatchewan

3475 rue Albert, 1^{er} étage
Régina, Saskatchewan S4S 6X6
<https://www.saskatchewan.ca/government/government-structure/ministries/health>

Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon

4 rue Hospital
Whitehorse YK Y1A 3H8
<https://yukon.ca/fr/ministere-sante-affaires-sociales>

Annexe 2 : Notes techniques

Toutes les provinces, à l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador, ont soumis des données en ligne. Terre-Neuve-et-Labrador, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le Yukon ont soumis des données en utilisant le [Formulaire national de déclaration des cas de VIH/sida](#). Les définitions de cas nationaux pour le VIH et le sida sont disponibles en ligne : [Définitions de cas : Maladies à déclaration obligatoire au niveau national \(canada.ca\)](#).

Les données relatives au VIH et au sida sont conservées dans deux bases de données non liées. Les exigences et les pratiques en matière de rapports sur le VIH et le sida sont différentes à travers le pays. Par le passé, il y avait également des variations dans la déclaration des premiers diagnostics du VIH et des diagnostics antérieurs, et tous les cas étaient désignés comme « nouvellement déclarés » dans les rapports précédents. La capacité de distinguer les premiers diagnostics des cas déjà diagnostiqués varie selon la province et le territoire et selon l'année de surveillance. Veuillez-vous référer à la **Figure A1 : État des rapports sur les premiers diagnostics et les cas déjà diagnostiqués dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2011 à 2020** pour plus de détails sur le schéma de déclaration des provinces et territoires sur les cas positifs antérieurs au cours des dix dernières années. Le **Figure A2** présente la répartition de tous les cas (nouveaux diagnostics par rapport aux cas déjà diagnostiqués) dans les provinces et territoires canadiens au cours des 10 dernières années.

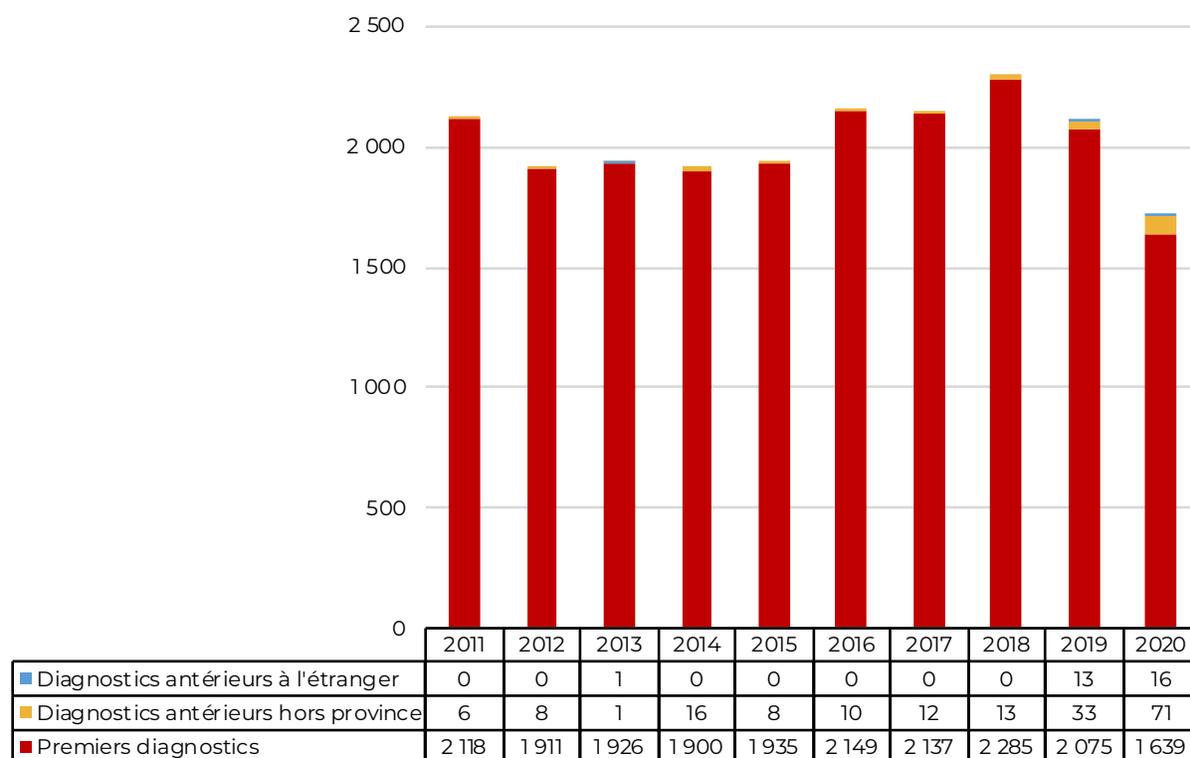
Figure A1 : État des rapports sur les premiers diagnostics et les cas déjà diagnostiqués dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2011 à 2020

Province ou territoire	Année									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alberta	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O
Colombie-Britannique	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Manitoba	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O
Nouveau-Brunswick	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Terre-Neuve-et-Labrador	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Territoires du Nord-Ouest	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O
Nouvelle-Écosse	N	N	N	N	N	N	N	O	O	O
Nunavut	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O
Ontario	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Île-du-Prince-Édouard	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O
Québec	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Saskatchewan	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Yukon	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O

Légende :

- N** Non - Les données sur les cas incluent les diagnostics de VIH désagrégés hors du pays/hors de la province.
- O** Oui - Les données sur les cas représentent uniquement les premiers diagnostics de VIH.

Figure A2 : Tous les cas de VIH déclarés (y compris les nouveaux cas et les cas déjà diagnostiqués) par année de diagnostic, Canada, 2011 à 2020^a



a Les cas diagnostics antérieurs hors province et les cas diagnostics antérieurs à l'étranger n'étaient pas inclus dans les ensembles de données de la Colombie-Britannique et de l'Ontario.

Données sur le VIH

- Douze des treize provinces et territoires ont fourni des données des cas présentées par ligne sur les premiers diagnostics pour 2020. Le Québec a fourni des données des cas présentées par ligne sur tous les diagnostics dans la province qui ne séparaient pas les premiers cas des cas déjà diagnostiqués en 2020.
- Les autorités de santé publique provinciales et territoriales ont fourni des informations sur les cas diagnostiqués précédemment dans leur soumission de données. Il s'agit de cas de VIH pour lesquels il existe des preuves d'un diagnostic antérieur connu dans un autre pays (diagnostic antérieur à l'étranger, DAE) ou dans une autre province ou territoire du Canada (diagnostic antérieur hors province, DAP). Certains ont été en mesure de fournir des informations historiques sur les cas positifs précédents. Cependant, étant donné les contraintes de ressources rencontrées tout au long de la pandémie de la COVID-19, tous les PT n'ont pas été en mesure de le faire pour ce cycle de rapport.
- Les données des autorités de santé publique provinciales et territoriales sont continuellement mises à jour pour éliminer les cas en double et améliorer l'exhaustivité des données.

- Pour l'Alberta, en 2020, la déclaration nationale exclut les cas de VIH pour lesquels le lieu de la première séropositivité a été identifié comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante, par conséquent, les totaux de cas de VIH de l'ASPC peuvent différer de ceux indiqués dans les rapports provinciaux de l'Alberta. Ceci est également indiqué dans le rapport.

Catégorie de race/origine ethnique

- Les données sur la race et l'origine ethnique ont été soumises par toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec et de la Colombie-Britannique. En outre, les pratiques de déclaration (telles que les catégories de race/origine ethnique utilisées) varient selon les juridictions et sont limitées dans certains PT.
- Le Nouveau-Brunswick a indiqué la race et l'origine ethnique en précisant si un cas était ou non lié aux Premières Nations, sans autre précision concernant les autres catégories de race et d'origine ethnique. De même, la Saskatchewan avait soumis la race et l'origine ethnique pour savoir si un cas était autochtone ou non.
- Parmi les PT, l'exhaustivité de cette variable variait de 16,7 % à 100 % en 2020 (36,1 % dans l'ensemble) et doit donc être interprétée avec une extrême prudence étant donné la grande quantité de données manquantes et peut ne pas être pleinement représentative du tableau national des données sur la race/l'origine ethnique des cas de VIH.
- De plus amples informations sur les catégories utilisées dans ce rapport sont disponibles :
 - Les personnes déclarées dans la catégorie Asie du Sud/Asie de l'Ouest/Arabe comprennent, par exemple, celles d'origine pakistanaise, sri-lankaise, bangladaise, arménienne, égyptienne, iranienne, libanaise ou marocaine.
 - Les personnes déclarées dans la catégorie asiatique comprennent, par exemple, celles d'origine chinoise, japonaise, vietnamienne, indonésienne, laotienne, coréenne ou philippine.
 - Les personnes déclarées dans la catégorie noire comprennent, par exemple, celles d'origine somalienne, haïtienne ou jamaïcaine.
 - Les personnes déclarées dans la catégorie Amérique latine comprennent, par exemple, celles d'origine mexicaine, centraméricaine ou sud-américaine.
 - Les personnes déclarées dans la catégorie « Autre origine ethnique » comprennent les personnes d'ascendance mixte ou de toute autre catégorie raciale/origine ethnique.

Catégorie d'exposition

- Les données sur les catégories d'exposition ont été soumises par toutes les provinces et tous les territoires, y compris le Québec, qui a partagé ces informations pour la première fois en 2020.

- Alors que 12 des 13 autorités de santé publique des PT ont soumis des informations sur la catégorie d'exposition sous forme de données des cas présentées par ligne, le Québec a soumis des données agrégées sur la catégorie d'exposition pour 98 % des cas (n = 514), stratifiées par sexe et par âge. Ainsi, le nombre total de cas pour les analyses des catégories d'exposition diffère légèrement des données des cas présentées par ligne (n = 526) rapportées ailleurs dans ce rapport.
- Parmi les PT, l'exhaustivité de cette variable a varié de 67,6 % à 100 % en 2020 (85,2 % au total).
- Le Québec a rapporté des données agrégées sur la catégorie d'exposition par sexe et par année. Ces données n'étaient pas liées aux données des cas présentées par ligne sur les cas que la province a soumis avec seulement des variables démographiques. Ainsi, le nombre total de cas dans les analyses par catégorie d'exposition sera différent du nombre total de cas basé sur les données des cas présentées par ligne pour les analyses géographiques et par groupe d'âge et de sexe.

Données sur le sida

La base de données de surveillance du sida saisit des données non nominatives sur les personnes diagnostiquées comme ayant le sida (selon la définition de cas national) et comprend le diagnostic du VIH, la maladie indiquant le sida et le statut vital du cas de sida (par exemple, le décès). Parmi les provinces et les territoires, les changements suivants ont été apportés au fil du temps à la déclaration des cas de sida, ce qui affecte l'exhaustivité des données de surveillance du sida (**Figure A3**).

Du 1^{er} janvier 1979 au 31 décembre 2020, 24 876 cas de sida ont été déclarés à l'ASPC. Des données supplémentaires sur le sida sont disponibles sur le site Web des maladies à déclaration obligatoire, [Maladies à déclaration obligatoire en direct \(canada.ca\)](https://www.canada.ca/fr/maladies-a-declaration-obligatoire).

Figure A3 : État de la déclaration des diagnostics de sida dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2011 à 2020^{a,b,c}

Province ou territoire	Année									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alberta ^a	O	O	O	O	O	O	O	N	N	N
Colombie-Britannique ^b	O	O	O	O	O	O	O	O	O	DÉC
Manitoba ^c	O	O	O	O	O	O	O	N	N	N
Terre-Neuve et Labrador ^c	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Nouveau-Brunswick	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Nouvelle-Écosse	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Ontario	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Île-du-Prince-Édouard ^c	O	O	N	N	N	N	N	N	N	N
Québec ^c	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Saskatchewan	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Yukon	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Nunavut	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Territoires du Nord-Ouest	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O

Légende :

- Y** Oui - La province a déclaré des données sur le sida
- N** Non - La province ne déclare pas le SIDA
- DÉC** Rapport par année de décalage

a L'Alberta n'a pas déclaré de données sur le sida en raison d'une sous-déclaration en 2018 et 2019. Le sida n'est plus à déclarer en Alberta à partir de 2020.

b Il y a un décalage d'un an associé à la soumission des données sur le sida en Colombie-Britannique (p. ex., les données de 2019 ont été soumises en 2020).

c Le sida n'est plus à déclarer dans : Le Manitoba depuis 2018, Terre-Neuve-et-Labrador depuis 2009, l'Île-du-Prince-Édouard depuis 2012 et le Québec depuis le 30 juin 2003.

Annexe 3 : Hiérarchie des catégories d'exposition

Sur la base des informations fournies concernant les comportements à risque, les cas de VIH/sida se voient attribuer une seule catégorie d'exposition dans la hiérarchie des catégories d'exposition de l'ASPC, correspondant à la voie d'exposition présentant le plus grand risque de transmission du VIH. Par exemple, si un individu qui consomme des drogues injectables et qui déclare des comportements à risque de contact hétérosexuel est diagnostiqué séropositif, cet individu sera attribué à la catégorie d'exposition « usage de drogues injectables », car cette catégorie présente un risque plus élevé de transmission du VIH que le « contact hétérosexuel ». L'utilisation de la hiérarchie des catégories d'exposition présente plusieurs limites : la catégorie d'exposition ne fait pas de distinction entre les comportements à risque et les populations à risque, l'évaluation de la catégorie d'exposition peut varier en fonction des réponses de l'individu et des questions posées par le prestataire de soins et la hiérarchie des catégories d'exposition pourrait devoir être révisée en tenant compte de données plus récentes concernant les probabilités de transmission du VIH avec l'aide des partenaires de surveillance et des experts en la matière.

La hiérarchie des expositions est la suivante :

Contacts sexuels entre hommes Cette catégorie comprend les hommes qui déclarent avoir eu des contacts sexuels avec d'autres hommes.

Les contacts sexuels entre hommes et l'usage de drogues injectables (UDI) : Cette catégorie comprend les hommes qui déclarent avoir des contacts sexuels avec d'autres hommes et qui déclarent également s'injecter des drogues.

L'usage de drogues injectables (UDI) : Cette catégorie comprend les personnes qui déclarent s'injecter des drogues.

Sang/produits sanguins :

Receveur de sang/facteur de coagulation : Avant 1998, il n'était pas possible de séparer cette catégorie d'exposition. Cependant, lorsque cela était possible, elle a été séparée en sous-catégories a et b.

- a) Receveur de sang : A reçu une transfusion de sang total ou de composants sanguins, tels que concentré de globules rouges, plasma, plaquettes ou cryoprécipité.
- b) Receveur de facteur de coagulation : A reçu des concentrés groupés de facteur de coagulation VIII ou IX pour le traitement de l'hémophilie/d'une autre coagulopathie.

Contact hétérosexuel :

- a) Origine d'un pays où le VIH est endémique (Hét-Endémique) : Les personnes qui sont nées dans un pays où le VIH est endémique. Un pays où le VIH est endémique est défini comme ayant une prévalence du VIH chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) égale ou supérieure à 1,0 % et l'un des éléments suivants :
 - 50 % ou plus des cas de VIH attribués à la transmission hétérosexuelle.
 - Un rapport homme/femme de 2 pour 1 ou moins.
 - Prévalence du VIH supérieure ou égale à 2 % chez les femmes bénéficiant de soins prénatals.

Avant 1998, il n'était pas toujours possible de séparer l'origine d'un pays où le VIH est endémique et le contact sexuel avec une personne à risque. Toutefois, lorsque cela était possible, elle a été séparée en sous-catégories a et b. Remarque : la liste des pays Hét-Endémiques n'a pas été revue depuis 2007 (11).

- b) Contact sexuel avec une personne à risque (Hét-Risque) : Les personnes qui déclarent avoir eu des contacts hétérosexuels avec une personne infectée par le VIH ou présentant un risque accru d'infection par le VIH (p. ex., une personne qui s'injecte des drogues, un homme qui a des rapports sexuels avec des hommes et des femmes, ou une personne originaire d'un pays où le VIH est endémique).
- c) Aucun risque signalé — hétérosexuel (ARS-Hét) : Si le contact hétérosexuel est le seul facteur de risque rapporté et que l'on ne sait rien des facteurs liés au VIH associés au partenaire, le cas est classé comme ARS-Hét.

Exposition professionnelle : Exposition à du sang ou à des liquides organiques contaminés par le VIH, ou au virus concentré, dans un milieu professionnel. Cela ne s'applique qu'aux cas de sida déclarés et non aux cas de VIH pour lesquels la catégorie d'exposition professionnelle est saisie sous «Autre».

Transmission périnatale : La transmission du VIH d'une femme infectée par le VIH à son enfant, soit in utero, soit pendant l'accouchement, soit par l'allaitement.

Autre : Utilisé pour classer les cas où le mode de transmission du VIH est connu mais ne peut être classé dans aucune des grandes catégories d'exposition énumérées ici; par exemple, un receveur de sperme d'un donneur séropositif. La catégorie d'exposition «Autre» comprend les cas de l'Alberta identifiés par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (pour les années avant 2020), ainsi que les catégories d'exposition au sang/coagulation, périnatale, professionnelle et autres.

Aucun risque signalé (ARS) : Lorsque les antécédents d'exposition au VIH par l'un des modes énumérés sont inconnus ou aucun antécédent n'est signalé (parce qu'ils sont décédés ou ont échappé au suivi).

Non indiquée : Dans certaines provinces ou certains territoires, les catégories d'exposition ne sont pas signalées à l'ASPC et sont classées dans la catégorie « Non indiquée ».

Références

1. Organisation mondiale de la santé. VIH/sida. Genève (CH): WHO; 2020. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS data 2021. Geneva (CH): UNAIDS; 2021. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf
3. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Women and HIV-A Spotlight on adolescent girls and young women. Geneva (CH): UNAIDS; 2019. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019_women-and-hiv_en.pdf
4. Agence de la santé publique du Canada. Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2018. Ottawa (ON) : ASPC; 2020 (consulté le 2021-12-16). <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/esume-estimations-incidence-prevalence-vih-progres-realises-canada-90-90-90.html>
5. Haddad N, Weeks A, Robert A, Totten S. Rapport de surveillance du VIH au Canada, 2019. Can Relevé des maladies transmissibles au Canada 2021; 47(1) : 77 à 86. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2021-47/numero-1-janvier-2021/rapport-surveillance-vih-2019.html>
6. Agence de la santé publique du Canada. Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : un cadre d'action pancanadien sur les ITSS. Ottawa (ON) : ASPC; 2019 (consulté le 2021-12-16). <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html>
7. Agence de la santé publique du Canada. Accélérer notre intervention : plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Ottawa (ON) : ASPC; 2019 (consulté le 2021-12-16). <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/accelerer-notre-intervention-plan-action-quinquennal-infections-transmissibles-sexuellement-sang.html>
8. Popovic N, Yang Q, Haddad N, Weeks A, Archibald C. Améliorer la surveillance nationale des nouveaux diagnostics de VIH. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2019; 45(12) : 313 à 6. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2019-45/issue-12-december-5-2019/ccdrv45i12a02f-fra.pdf>
9. Ontario HIV Epidemiology and Surveillance Initiative (OHESI). New HIV diagnoses in Ontario, 2017. Toronto (ON): OHESI; 2018. <https://www.ohesi.ca/wp-content/uploads/2022/02/OHESI-2017-new-diagnoses.pdf>
10. Agence de la santé publique du Canada. Définitions nosologiques des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale Résultats du processus de consultation provinciale/territoriale (PT). Relevé des maladies transmissibles au Canada 2009; 35S2: S1-123. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/ccdr-rmtc/09pdf/35s2-fra.pdf>

11. Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada - Rapport de surveillance du 31 décembre 2014. Ottawa (ON): ASPC; 2015. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-et-sida-canada-rapport-surveillance-31-decembre-2014.html>
12. Forbes, JC, Alimenti AM, Singer J, Brophy JC, Bitnun A, Samson LM, Money DM, Lee TC, Lapointe ND, Read SE, the Canadian Pediatric AIDS Research Group (CPARG). A national review of vertical HIV transmission. AIDS. 2012 Mar 27;26(6):757-63
13. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. Direction des opérations. Instructions pour les examens médicaux aux fins de l'immigration. Ottawa (ON): IRCC; 2013 (consulté le 2021-12-16). <https://www.canada.ca/content/dam/ircc/migration/ircc/english/department/partner/pp/pdf/imeihiv.pdf>
14. Statistique Canada, Statistiques de l'état civil du Canada — Base de données sur les décès (BDCV). 2020 (consulté le 2021-10-01). Disponible auprès de : Enquêtes et programmes statistiques — Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil — Décès (BCDECD) (statcan.gc.ca) https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&id=1322302
15. Statistique Canada, Décès et taux de mortalité par groupe d'âge, selon certains groupes de causes. 2020 Disponible auprès de : [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310039201&request_locale=fr, tableau 13-10-0392-01 \(anciennement CANSIM 102-0551\). Consulté le 1er octobre 2021.](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310039201&request_locale=fr, tableau 13-10-0392-01 (anciennement CANSIM 102-0551). Consulté le 1er octobre 2021.)
16. Agence de la santé publique du Canada. Actualité en épidémiologie sur le VIH/sida, juillet 2010, Ottawa (ON): ASPC; 2010 (consulté 2022-04-28). https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/aids-sida/publication/epi/2010/pdf/FR_Intro_Web.pdf
17. Chang H, Ablona A, Salway T, Ogilvie G, Grennan T, Wong J, Haag D, Pedersen H, Bannar-Martin S, Campeau L, Ford G, Grace D, Worthington C, Gilbert M. O04.5 Impacts of the COVID-19 pandemic on accessing needed sexual health services during March–July 2020 in British Columbia (BC), Canada. Sexually Transmitted Infections 2021; 97: A24.
18. Agence de la santé publique du Canada. 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 Ottawa (ON) : ASPC; 2022 (consulté le 2022-03-09). <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/enquete-incidence-covid-19-prestation-services-prevention-depistage-traitement-itss.html>
19. Manitoba Health and Seniors Care, Epidemiology and Surveillance. 2020 Annual Statistical Update: HIV in Manitoba. Winnipeg (MB): Government of Manitoba; 2021 (consulté le 2021-12-22). <https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/hiv/aids/docs/dec2020.pdf>
20. Ministry of Health. HIV and AIDS in Saskatchewan (2020). Regina (SK): Government of Saskatchewan; 2021 (consulté le 2021-12-22). <https://www.saskatchewan.ca/government/government-structure/ministries/health/other-reports/annual-report-archive#hiv-aids-reports>
21. British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, British Columbia Ministry of Health. HIV Monitoring Semi-Annual Report for British Columbia Second Quarter 2021. Vancouver (BC): Government of British Columbia; 2021 (consulté 2021-12-23). <https://stophiv aids.ca/qmr/2021-Q2/#/bc>

22. UK Health Security Agency. HIV testing, new HIV diagnoses, outcomes and quality of care for people accessing HIV services: 2021 report. London (UK): Government of the United Kingdom; 2021 (consulté le 2021-12-23). https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1037215/hiv-2021-report.pdf
23. Kirby Institute. HIV. Sydney: Kirby Institute, UNSW Sydney; 2020 (consulté le 2021-12-24). <https://data.kirby.unsw.edu.au/hiv>
24. Statistique Canada. Estimations de la population du Canada, quatrième trimestre 2020. 2021 (consulté le 2021-12-24). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210318/dq210318c-fra.htm>
25. Chow EPF, Ong JJ, Denham I, Fairley CK. HIV Testing and Diagnoses During the COVID-19 Pandemic in Melbourne, Australia. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2021 Apr 1;86(4) : e114-e115. Doi : 10.1097/QAI.0000000000002604.
26. Popovic N, Yang Q, Archibald C. Tendances d'utilisation de la prophylaxie pré-exposition pour le VIH dans huit provinces canadiennes, 2014 à 2018. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2021; 47(6):251 à 8. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2021-47/numero-5-6-mai-juin-2021/preexpositions-prophylaxis-canada-2014-2018.html>
27. Singer J, Sauve L, Kakkar F, Lee T, Brophy J, Money D, Tse-Chang A, Boucoiran I, Coumeau J, Bitnun A, Tan B. Impact of COVID-19 on access to optimal HIV Treatment and vertical transmission: Canadian Perinatal HIV Surveillance Program. International Workshop on HIV Pediatrics 2021. 2021; <https://academicmedicaleducation.com/meeting/international-workshop-hiv-pediatrics-2021/slide-set/impact-covid-19-pandemic-perinatal-hiv>
28. Singer J, Sauve L, Kakkar F, Lee T, Brophy J, Money D, Tse-Chang A, Boucoiran I, Coumeau J, Bitnun A, Tan B. 206 Impact of COVID-19 on access to optimal HIV Treatment and vertical transmission: Canadian Perinatal HIV Surveillance Program. The 30th Annual Canadian Conference on HIV / AIDS Research. 2021; <https://www.cahr-acrv.ca/wp-content/uploads/2021/05/CAHR-2021-Abstract-Book-updated-May3.pdf>
29. Rothman KJ, Greenland S, Lash TJ. *Modern Epidemiology*. 3rd ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2008.