

Le VIH au Canada

Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2024



PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS AU MOYEN DU LEADERSHIP, DE PARTENARIATS, DE L'INNOVATION ET DE LA PRISE DE MESURES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title: HIV in Canada, Surveillance Report to December 31, 2024

Sauf avis contraire, le contenu de ce document peut, sans frais ni autre permission, être reproduit en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit à des fins personnelles ou publiques, mais non à des fins commerciales. La reproduction et la distribution à des fins commerciales sont interdites sans la permission de l'Agence de la santé publique du Canada.

Pour obtenir de plus amples renseignements, 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

Télécopieur : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Citation préférée : Agence de la santé publique du Canada. VIH au Canada, Rapport du Surveillance en date du 31 décembre 2024. Ottawa, 2026.

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par la ministre de la Santé, 2026

Date de publication : août 2026

Cat.: HP37-51F-PDF

ISSN : 2818-4157

Pub. : 260266

Remerciements

Ce rapport a été préparé par le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale des programmes des maladies infectieuses et de la vaccination, Agence de la santé publique du Canada. 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 est grandement appréciée. Ce rapport a été élaboré en étroite collaboration et la participation de tous les partenaires de la surveillance du VIH. **L'Annexe 1** contient une liste complète de tous les contributeurs de données.

Nous tenons à souligner les contributions inestimables des membres du Groupe de travail d'experts des communautés noires et le Groupe de travail sur la surveillance du VIH et la syphilis des Premières Nations, Inuit, et Métis, qui ont examiné ce rapport de manière critique.

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 (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.

Reconnaissance du territoire

Nous reconnaissons et admettons respectueusement que les territoires sur lesquels nous avons élaboré ce rapport de surveillance sont les terres ancestrales des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Nous reconnaissons notre privilège de vivre et de travailler sur ces territoires et nous nous efforçons d'établir des partenariats équitables avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis et de collaborer pour faire progresser la réconciliation au Canada.

Les données présentées dans le présent rapport de surveillance ont été recueillies par les organismes locaux de santé publique et soumises à l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) par les provinces, les territoires ou d'autres programmes de surveillance du VIH. Ces organismes de santé publique travaillent sur des territoires qui sont les terres ancestrales des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Nous invitons les lecteurs à réfléchir sur les générations de Premières Nations, d'Inuits et de Métis qui se sont épanouis et qui se sont installés dans les territoires que vous appelez maison, ainsi qu'à exhorter les lecteurs à reconnaître les connaissances autochtones locales et à contribuer à la revitalisation culturelle et à l'autodétermination des communautés autochtones.

Table des matières

Remerciements.....	3
Liste des figures du rapport.....	5
Liste des tableaux du rapport	6
Liste des tableaux de données.....	7
Liste des tableaux supplémentaires	8
Liste d'acronymes	9
Sommaire.....	10
Introduction	14
Méthodes	21
Sources des données	21
Les données de surveillance en un coup d'œil.....	26
Premiers diagnostics du VIH.....	26
Répartition par groupe d'âge et par sexe	29
Répartition des catégories d'exposition	31
Catégorie d'exposition et groupe d'âge	35
Race ou origine ethnique.....	36
Tous les diagnostics : premiers diagnostics et positifs antérieurs par province/territoire.....	43
Données de surveillance supplémentaires	45
Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC).....	45
Cas de VIH identifiés grâce à l'examen médical aux fins d'immigration	46
Cas de sida.....	47
Mortalité liée au VIH	48
Discussion	52
Conclusion.....	59
Tableaux de données	60
Annexe 1 : Contributeurs de données	74
Provinciaux et territoriaux.....	74
Autres contributeurs de données.....	74
Annexe 2 : Notes techniques	75
Annexe 3 : Hiérarchie des catégories d'exposition.....	80
Annexe 4 : Tableaux Supplémentaires 2024.....	82
Références.....	117

Liste des figures du rapport

- Figure 1** : Schéma montrant le flux de données pour les premiers diagnostics et les cas déjà diagnostiqués dans toutes les provinces et tous les territoires pour 2024
- Figure 2** : Nombre de premiers diagnostics de VIH et taux de diagnostic global, selon le sexe et l'année, Canada, 2015 à 2024
- Figure 3** : Évolution des taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 personnes, selon la province ou le territoire, Canada, 2024
- Figure 4** : Taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 personnes, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 2024
- Figure 5** : Taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 personnes, selon le groupe d'âge et l'année, Canada, 2015 à 2024
- Figure 6a** : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe masculin (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024
- Figure 6b** : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe féminin (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024
- Figure 7** : Proportion de premiers diagnostics de VIH déclarés (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et le groupe d'âge, Canada, 2024
- Figure 8a** : Déclaration des données sur la race et/ou l'origine ethnique pour **tous les cas**, 2024
- Figure 8b** : Répartition des premiers diagnostics de VIH parmi les cas **où la race et/ou l'origine ethnique sont déclarées**, Canada, 2024
- Figure 9** : Volume des premiers diagnostics et des cas déjà diagnostiqués selon la province ou le territoire, 2020-2024
- Figure 10** : Nombre de nourrissons exposés au VIH à l'état périnatal et proportion de mères et de personnes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu une traitement antirétroviral périnatal, par année de naissance, 2017 à 2024
- Figure 11** : Nombre de migrants dont le test de dépistage du VIH a été positif lors d'un examen médical d'immigration effectué au Canada, 2015 à 2024
- Figure A1** : État des rapports sur les premiers diagnostics et les cas déjà diagnostiqués dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2015 à 2024
- Figure A2** : Tous les cas de VIH déclarés (y compris les premiers diagnostics de VIH et les cas déjà diagnostiqués) selon l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024
- Figure A3** : État de la déclaration des diagnostics de sida dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2015 à 2024

Liste des tableaux du rapport

Tableau 1 : Nombre et proportion de premiers diagnostics de VIH (≥ 15 ans), selon le sexe et la catégorie d'exposition, Canada, 2024

Tableau 2 : Proportion d'exhaustivité des renseignements sur la race et l'origine ethnique dans l'ensemble national de données de la surveillance du VIH, Canada, 2015 à 2024

Tableau 3 : Nombre et répartition en pourcentage parmi les premiers cas de VIH **où la race et/ou l'origine ethnique sont déclarées**, selon le sexe et la race ou origine ethnique, Canada, 2024

Tableau 4 : Nombre de cas de sida (tous les âges), selon le sexe et l'année de diagnostic, dans les provinces et territoires canadiens déclarants, 2015 à 2024

Tableau 5 : Nombre de décès attribués à l'infection par le VIH, selon l'âge au décès et le sexe, Canada, 2015 à 2024

Tableau 6 : Nombre de décès et taux de mortalité par sexe attribuables à l'infection au VIH (≥ 15 ans), selon le sexe, Canada, 2015 à 2024

Tableau 7 : Nombre de décès attribués à l'infection à VIH selon le groupe d'âge, Canada, 2015 à 2024

Liste des tableaux de données

Tableau de données 1 : Nombre de premiers diagnostics de VIH et taux de diagnostic global, selon le sexe et l'année, Canada, 2015 à 2024

Tableau de données 2 : Nombre et taux de premiers diagnostics de VIH (pour 100 000 personnes), selon la province ou le territoire, Canada, 2024

Tableau de données 3 : Nombre et taux de premiers diagnostics de VIH (pour 100 000 personnes), selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 2024

Tableau de données 4 : Nombre et taux de premiers diagnostics de VIH (pour 100 000 personnes) selon le groupe d'âge et l'année, Canada, 2015 à 2024

Tableau de données 5a : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024

Tableau de données 5b : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe masculin (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024

Tableau de données 5c : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe féminin (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024

Tableau de données 6 : Proportion de premiers diagnostics de VIH déclarés (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et le groupe d'âge, Canada, 2024

Tableau de données 7 : Volume des premiers diagnostics et les diagnostics antérieurs selon la province ou le territoire, 2020 à 2024

Tableau de données 8 : Nombre de nourrissons ayant été exposés au VIH pendant la période périnatale, selon l'année de naissance, l'état actuel et l'utilisation d'une thérapie antirétrovirale (TAR) à des fins prophylactiques, 1984 à 2024 (comprend les enfants nés à l'extérieur du Canada avec le VIH acquis pendant la période périnatale)

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 l'année et le lieu du test, 2015 à 2024

Tableau de données 10 : 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 aux fins d'immigration (EMI), selon le lieu du test, le sexe, le groupe d'âge et la province, 2015 à 2024

Tableau de données 11 : Statistiques internationales des cas de VIH déclarés par pays, 2024

Liste des tableaux supplémentaires

Tableau 1 : Taux du premier diagnostic du VIH (pour 100 000 personnes) selon la province ou le territoire et l'année de diagnostic (tous les âges) – Canada, 2015 à 2024

Tableau 2 : Nombre de premier cas de VIH (tous les âges) selon la province ou le territoire, le sexe et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024

Tableau 3 : Nombre de premiers cas de VIH selon le groupe d'âge et la province ou territoire - Canada, 2023 à 2024

Tableau 4 : Nombre de premiers cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans) selon l'année de diagnostic et le sexe, Canada, 2015 à 2024

Tableau 5 : Nombre de premiers cas de VIH et taux de diagnostic du VIH selon le groupe d'âge, le sexe et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024

Tableau 6 : Répartition en nombre et en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024

Tableau 7 : Répartition en nombre et en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe masculin (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024

Tableau 8 : Répartition en nombre et en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe féminin (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024

Tableau 9 : Répartition en nombre et en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et le groupe d'âge, Canada, 2023 à 2024

Tableau 10 : Répartition en nombre et en pourcentage des premiers cas de VIH chez les enfants (< 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024

Tableau 11 : Nombre de premiers cas de VIH selon la catégorie d'exposition et la province ou le territoire, Canada, 2023 à 2024

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 et le lieu du test, 2015 à 2024

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 aux fins d'immigration (EMI), selon le lieu du test, le sexe, le groupe d'âge et la province, 2015 à 2024

Tableau 14 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale, selon la catégorie d'exposition de la personne enceinte et l'année de naissance du nourrisson, 1984 à 2024

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'une thérapie antirétrovirale (TAR) à des fins prophylactiques, 1984 à 2024

Tableau 16 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale selon la région géographique et le statut lors du dernier rapport, 1984 à 2024

Tableau 17 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale selon la race ou l'origine ethnique et la sérologie VIH, 1984 à 2024

Tableau 18 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale selon le pays de naissance de la personne qui était enceinte et sérologie VIH, 1984 à 2024

Liste d'acronymes

ASPC Agence de la santé publique du Canada

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

CIM Classification internationale des maladies

COVID-19 SRAS-CoV2/maladie à coronavirus 2019

DAE diagnostic antérieur à l'étranger

DAP diagnostic antérieur hors province

EMI Examen médical aux fins d'immigration

GBHARSAH Gais, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

GT-PNIM Groupe de travail sur la surveillance du VIH et la syphilis des Premières Nations, Inuit, et Métis

GTEN Groupe de travail d'experts des communautés noires

IRCC Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

ITS Infection transmissible sexuellement

ITSS Infections transmissibles sexuellement et par le sang

PCD Personnes qui consomment des drogues

PPrE Prophylaxie préexposition

PSPVC Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada

PUDI Personnes qui utilisent les drogues par injection

PT Provinces et territoires

SC Statistique Canada

sida syndrome d'immunodéficience acquise

SMGC Système mondial de gestion des cas

SSVS Programme national de surveillance du VIH

TAR traitement antirétroviral

UDI Utilisation de drogues injectables

VIH Virus de l'immunodéficience humaine

Sommaire

Le VIH au Canada, Rapport de Surveillance au 31 décembre 2024, a été préparé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Il présente et décrit les tendances épidémiologiques nationales sur les diagnostics de VIH au Canada selon la région géographique, l'âge au moment du diagnostic, le sexe, la race ou origine ethnique et la catégorie d'exposition entre 2015 et 2024. Ce rapport de surveillance présente des renseignements sur les premiers diagnostics dans les treize provinces et territoires (PT) et fournit des données probantes pour la planification, l'évaluation et la mise en œuvre du dépistage, de la prévention, du traitement et de l'éducation en matière de VIH. En plus des premiers diagnostics, le rapport présente les cas déjà diagnostiqués par province et territoire de 2020 à 2024.

La pandémie de la COVID-19 (SRAS-CoV2/Maladie à coronavirus 2019) a entraîné des répercussions, connues et inconnues, sur l'accès aux services de dépistage, de prévention et de soins du VIH ainsi que sur les activités de surveillance au Canada. Pour cette raison, les données de 2020 à 2021 doivent être interprétées avec prudence. Comme les données de surveillance sont régulièrement revues et mises à jour, et affinées au fil du temps par les PT, les données de surveillance des années précédentes peuvent également être communiquées avec l'ensemble de données de l'année en cours. Les données historiques présentées dans ce rapport ne correspondent donc peut-être pas exactement aux données historiques présentées dans les rapports nationaux précédents.

Principaux constats :

- En 2024, 2 288 premiers diagnostics (cas de VIH nouvellement diagnostiqués, c.-à-d. aucune preuve antérieure d'un test positif) ont été déclarés au Canada. Il s'agit d'une diminution de 3,3 % par rapport à 2023 (2 367 nouveaux cas de VIH en 2023). Bien qu'il s'agisse d'une diminution du nombre de premiers diagnostics par rapport à 2023, le nombre de premiers diagnostics reste plus élevé qu'avant la pandémie.
- Les données fournies par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) ont démontré qu'un plus petit nombre de migrants (immigrants, réfugiés et résidents temporaires) ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH au total dans le cadre d'un EMI au Canada ou à l'étranger en 2024 par rapport à 2023 (3 167 en 2024 et 3 193 en 2023). Alors que le nombre de migrants ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH lors d'un EMI au Canada a augmenté de 2023 à 2024, le nombre de migrants ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH lors d'un EMI à l'étranger a diminué. En 2024, le nombre total de migrants ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH au Canada était de 1 699, ce qui représente 0,34 % de tous les EMI au Canada, une proportion supérieure aux niveaux pré-pandémiques (0,24 % en 2019), mais inférieure à celle de 2023, où 0,37 % des migrants subissant un EMI au Canada ont obtenu un résultat positif.
- Le taux national de premiers diagnostics de VIH était de 5,5 pour 100 000 habitants en 2024. Bien qu'il s'agisse d'une diminution par rapport à 5,9 pour 100 000 habitants en 2023, le taux est resté supérieur aux taux relativement stables d'avant la pandémie de COVID-19 (p. ex. 4,6 pour 100 000 habitants en 2019).

- Les données reçues par l'ASPC des provinces et territoires indiquent le sexe des cas classé selon les catégories mutuellement exclusives « sexe masculin », « sexe féminin », « transgenre » ou « non fourni ». Dans certains cas, le sexe et le genre peuvent être confondus à tort dans ces données. Par conséquent, les données pour les cas déclarés comme sexe masculin ou sexe féminin peuvent inclure ou non les personnes transgenres. La déclaration peut ne pas correspondre à l'identité de genre des personnes. Le programme national de surveillance du VIH (SSVS) travaille activement à l'amélioration de la collecte de données et des rapports afin de mieux représenter les communautés de diverses identités de genre.
- Le taux national de premiers diagnostics de VIH était de 7,2 pour 100 000 personnes chez les personnes de sexe masculin et de 3,8 pour 100 000 personnes chez les personnes de sexe féminin en 2024 ; une diminution par rapport au taux déclaré chez les hommes, tandis que le taux chez les femmes est resté constant en 2023 (qui étaient respectivement de 7,9 et 3,8 diagnostics du VIH pour 100 000 personnes).
- Les tendances récentes du taux de diagnostic du VIH chez les personnes de sexe masculin montrent une baisse continue des taux entre 2015 et 2020, qui sont passés de 7,6 pour 100 000 personnes en 2015 à 4,9 pour 100 000 personnes en 2020, avec une augmentation à 7,9 pour 100 000 personnes en 2023 et diminuer à 7,2 pour 100 000 personnes en 2024. Chez les personnes de sexe féminin, la tendance montre une augmentation de 2,2 pour 100 000 en 2015 à 2,7 pour 100 000 en 2019, avant de diminuer à 2,0 pour 100 000 en 2020 et d'augmenter à 3,8 pour 100 000 en 2024. Alors que le taux de 2024 chez les personnes de sexe masculin se situait dans les niveaux d'avant la pandémie de COVID-19, le taux chez les personnes de sexe féminin était supérieur aux niveaux d'avant la pandémie de COVID-19.
- Lorsqu'ils sont répartis par groupe d'âge, les taux de diagnostic du VIH étaient les plus élevés dans le groupe des 25 à 29 ans (12,5 pour 100 000 habitants) et dans le groupe des 30 à 39 ans (12,9 pour 100 000 habitants) en 2024.
- Les taux de diagnostic du VIH étaient environ deux fois plus élevés chez les personnes de sexe masculin que chez les personnes de sexe féminin dans tous les groupes d'âge, à l'exception des enfants <15 ans et des 15 à 19 ans (les taux de diagnostic du VIH étaient similaires entre les sexes).
- Alors que le taux national global de premiers diagnostics de VIH a diminué de 2023 à 2024, les taux de diagnostic de VIH ont augmenté au Manitoba, dans les territoires et en Colombie-Britannique et sont restés constants au Québec. Bien qu'une diminution ait été observée dans l'ensemble de la région de l'Atlantique, ce ne sont pas toutes les provinces de l'Atlantique qui ont connu une diminution.
- Le taux de premiers diagnostics de VIH le plus élevé parmi les provinces et les territoires a été enregistré au Manitoba, avec 19,5 pour 100 000 personnes, suivi de la Saskatchewan avec 18,6 pour 100 000 habitants. Le taux de diagnostic le plus faible a été enregistré dans la région de l'Atlantique avec 1,7 pour 100 000 personnes.
- Comme en 2023, la plus grande proportion de diagnostics de VIH chez les adultes a été attribuée à un contact hétérosexuel (38,3 %) en 2024. Selon la catégorie d'exposition déclarée, les contacts sexuels

entre hommes continuent de représenter la plus grande proportion des diagnostics chez les hommes (sexe masculin), soit 49,9 % des diagnostics.

- Le contact hétérosexuel continue de représenter la plus grande proportion des diagnostics chez les femmes (sexe féminin), avec 58,1 % des diagnostics. L'utilisation de drogues injectables demeure également un facteur important parmi les cas chez les personnes de sexe masculin et de sexe féminin, représentant 16,9 % de tous les premiers diagnostics en 2024.
- La proportion de diagnostics attribuables à différentes catégories d'exposition variait également selon le groupe d'âge. Dans le groupe d'âge des 20 à 24 ans, les contacts sexuels entre hommes représentaient la plus grande proportion des diagnostics (43,6 %). En revanche, chez les 40 à 59 ans, les contacts hétérosexuels représentaient la plus grande proportion de diagnostics (46,7 %).
- Les données fondées sur la race sont essentielles pour identifier et comprendre les disparités dans l'accès aux soins du VIH découlant du colonialisme, du racisme, et des iniquités systémiques et structurelles, historiques et actuels, au Canada. Bien que certaines provinces recueillent des données sur l'identité autochtone et la race et/ou l'origine ethnique des personnes nouvellement diagnostiquées séropositives, la méthode de collecte de données utilisée peut différer de celles utilisées par le système fédéral. Par conséquent, la déclaration des données sur la race ou l'origine ethnique varie considérablement d'une région à l'autre et n'est pas toujours communiquée à l'ASPC. Dans l'ensemble, les données sur la race ou l'origine ethnique n'ont été déclarées que pour 38,1 % des premiers diagnostics en 2024, ce qui représente la poursuite d'une tendance à la baisse dans l'achèvement des données sur la race et/ou l'origine ethnique depuis 2015, où 55,3 % disposaient de données sur la race et/ou l'origine ethnique. Aucune donnée relative à la race ou à l'origine ethnique n'a été soumise au Manitoba, en Nouvelle-Écosse, en Saskatchewan et au Québec pour 2024.
- Parmi les 871 cas de nouveaux diagnostics de VIH pour lesquels la race ou l'origine ethnique ont été déclarées, 31,6 % des cas ont été déclarés comme étant des personnes noires, 25,4 % des personnes blanches et 7,1 % des Autochtones (6,1 % des Premières Nations, 0,3 % des Inuits, et 0,7 % des Métis). Étant donné que les données sur la race ou l'origine ethnique ne sont pas manquantes au hasard, il est peu probable que ces proportions soient représentatives de tous les premiers diagnostics et doivent être interprétées avec prudence. En collaboration avec les membres de la communauté, le SSVS a mis sur pied un groupe de travail d'experts noirs pour la surveillance nationale du VIH et un groupe de travail des Premières Nations, des Inuits et des Métis pour la surveillance nationale du VIH et de la syphilis afin de fournir des conseils et d'élaborer conjointement des stratégies pour améliorer l'exhaustivité, l'interprétation et la contextualisation des données sur l'identité autochtone et la race et/ou l'origine ethnique.
- Bien que le nombre de nouveaux diagnostics ait augmenté entre 2020 et 2024 pour la plupart des provinces et territoires, les tendances relatives au nombre de cas déjà diagnostiqués ont varié. De même, la proportion des diagnostics de VIH attribués à des cas diagnostiqués antérieurement variait également selon les provinces et les territoires.
- Parmi les 258 nourrissons signalés comme ayant été potentiellement exposés au VIH par voie périnatale en 2024, 96,9 % sont nés de personnes ayant reçu un traitement antirétroviral (TAR). Il a été confirmé

qu'un nourrisson avait contracté le VIH pendant la période périnatale était né d'une personne qui n'avait reçu aucun TAR.

- En 2024, 84 cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ont été déclarés, soit une baisse continue depuis 2015. Cependant, les résultats doivent être interprétés avec prudence, car les données sur le sida n'ont été transmises que par quatre provinces en 2024 (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Ontario et Saskatchewan) et, où l'information était disponible, les cas étaient probablement sous-déclarés.
- En 2024, 128 décès ont été attribués au VIH (taux de mortalité lié au VIH de 0,4 pour 100 000 chez les personnes de 15 ans et plus vivant au Canada). Les décès liés au VIH sont probablement sous-déclarés.

Introduction

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) demeure un problème de santé publique touchant des millions de personnes. En 2024, on estimait à 1,3 million le nombre de nouvelles infections et à 40,8 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde (1). Le VIH demeure un problème important de santé publique au Canada, avec environ 70 900 personnes vivant avec le VIH. Parmi ceux-ci, 91 % sont diagnostiqués, 86 % de ceux diagnostiqués sous traitement et 96 % de ceux sous traitement ont une suppression virale (2). Malgré des baisses avant la pandémie de COVID-19, le taux de diagnostic du VIH au Canada est passé de 3,5 en 2020 (3) à 5,5 pour 100 000 habitants en 2024. Bien qu'il y ait eu des progrès significatifs dans le dépistage, la prévention et le traitement du VIH, l'accès inéquitable aux soins et au soutien reste une préoccupation majeure à l'origine de l'épidémie.

Divers groupes de population sont confrontés à des défis qui découlent des déterminants sociaux et structurels de la santé, notamment la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, le racisme, la colonisation continue, l'homophobie et la transphobie, la stigmatisation liée à la drogue et la criminalisation (4). En raison de ces facteurs, le VIH touche de façon disproportionnée certaines populations, comme les hommes gaies et bissexuelles et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH), les travailleurs du sexe, les utilisateurs de drogues injectables (PUDI), les immigrants, les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi que les communautés africaines, caribéennes et noires (4).

L'impact de cette disproportion se reflète souvent dans les estimations nationales de la cascade des soins du VIH. Les données ont montré que les femmes et d'autres populations clés touchées de manière disproportionnée par le VIH au Canada (5), y compris les personnes incarcérées dans les établissements correctionnels fédéraux, les membres des Premières Nations en Saskatchewan et en Alberta, les PUDI et les communautés noires en Ontario, présentent des proportions plus faibles de diagnostic, de traitement et de suppression virale (5).

La stigmatisation liée au VIH, un facteur contribuant au fardeau du VIH chez certains segments de la population, a été décrite dans une étude canadienne portant sur des personnes vivant avec le VIH a décrit la stigmatisation liée au VIH comme :

« des expériences négatives vécues au sein des systèmes de santé, sociaux et [juridiques], et la façon dont ces expériences pouvaient amplifier le traumatisme lié à la stigmatisation et à la discrimination au moment du diagnostic. Ces expériences comprenaient, par exemple, le fait de ne pas être autorisé à être accompagné d'un ami lors de l'annonce du résultat du test de dépistage du VIH, ou de ne pas recevoir d'informations importantes ; des questions posées par des professionnels de la santé ou du secteur social que les participants jugeaient stigmatisantes ; et du matériel de promotion de la santé dans la salle d'attente qui, selon eux, présentait les personnes vivant avec le VIH comme appartenant à certains groupes raciaux ou ethniques. Dans plusieurs cas, les participants estimaient que les intervenants en santé et services sociaux étaient mal informés des données probantes actuelles sur le VIH et qu'il restait beaucoup à faire pour qu'ils soient mieux formés » (6).

Bien que les contacts sexuels entre hommes aient été attribués au plus grand nombre de diagnostics de VIH au cours des années précédentes, les contacts hétérosexuels (39,4 % des diagnostics de VIH) représentaient la plus grande catégorie de diagnostics de VIH en 2023; les proportions de diagnostics de VIH attribués aux

contacts hétérosexuels et à l'utilisation de drogues injectables (18,2 % des diagnostics de VIH en 2023) ont augmenté depuis 2018 (3).

L'amalgame entre le sexe et le genre et l'absence de communication de renseignements sur le sexe et le genre ont de graves conséquences, en ce sens qu'ils entraînent une compréhension limitée du VIH au sein des communautés qui sont fortement touchées. Par exemple, la recherche a montré que les femmes transgenres étaient 66 fois plus susceptibles d'avoir le VIH que tous les adultes âgés de 15 ans et plus et que les hommes transgenres étaient 6,8 fois plus susceptibles d'avoir le VIH (7). Ces disparités sont probablement le résultat d'obstacles persistants aux soins, notamment l'accès limité aux services de dépistage et de traitement et les expériences stigmatisantes au sein du système de santé (4).

À la suite de la pandémie de SRAS-CoV-2 (COVID-19), une réduction du dépistage du VIH et une augmentation du pourcentage de tests positifs ont été signalées dans certaines administrations. Cela a mis en évidence la nécessité d'une préparation adéquate des systèmes de soins de santé pour atténuer les perturbations dans le dépistage du VIH (8). Comme les efforts de santé publique se sont concentrés sur la pandémie de COVID-19, les pratiques locales de surveillance de la santé publique ont été touchées, ce qui a entraîné des difficultés supplémentaires dans la collecte de données de surveillance.

Malgré l'effet de la thérapie antirétrovirale (TAR) et de la prophylaxie pré-exposition (PPrE) sur l'épidémie de VIH au fil du temps, des disparités subsistent dans l'accès au dépistage du VIH, au traitement et à la PrEP (9). À mesure que les personnes vivant avec le VIH vieillissent, il y a un risque accru de cancers non liés au sida, de maladies cardiovasculaires, d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale et d'expériences de polypharmacie antérieure par rapport à celles vivant sans VIH ; ces résultats continuent de démontrer comment le VIH recoupe de multiples aspects du système de santé (9). En raison de l'évolution de l'épidémiologie du VIH au fil du temps, il est nécessaire de disposer de données fiables sur la PrEP, le dépistage et le traitement du VIH afin d'allouer les ressources et de mettre en œuvre des programmes et des politiques (9). La communication des données doit être améliorée pour faciliter la traduction des données épidémiologiques en mesures de santé publique (9). Ainsi, les rapports de surveillance annuels sur l'épidémiologie du VIH au Canada, y compris les tendances au fil du temps, sont publiés par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC).

Les activités courantes de surveillance de la santé publique comprennent la collecte, l'analyse, et la diffusion systématiques de données afin d'identifier les tendances en matière de maladie ou de traumatisme. Ces activités appuient la conception, la planification et le suivi des actions, programmes et politiques de prévention, et fournissent des informations pour la recherche (10). La publication « [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](#) » publiée par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé en 2018, décrit l'importance des données de surveillance dans l'élaboration de politiques et de programmes fondées sur des données probantes (11). Le document subséquent « [Accélérer notre intervention : plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang](#) » publié en 2019 a réaffirmé l'importance des données de surveillance dans la mesure des répercussions, ainsi que dans la surveillance et le suivi des tendances pour exploiter les connaissances existantes et orienter les recherches futures (12). Alors que le « [Plan d'action sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang \(ITSS\) 2024-2030 du gouvernement du Canada](#) » publié au début de 2024, a souligné comme l'une de ses priorités l'amélioration des pratiques de surveillance et de collecte des données sur les ITSS (13).

Le terme « surveillance » est souvent utilisé pour décrire les activités de santé publique visant à comprendre les tendances des maladies infectieuses. Nous reconnaissons que la « surveillance » est également utilisée par les forces de l'ordre, les services de sécurité privée et d'autres parties à des fins différentes. Par conséquent, ce terme peut susciter un malaise ou avoir une connotation négative pour certaines personnes et communautés, en particulier les personnes racialisées, les personnes 2ELGBTQI+, les personnes qui consomment des drogues, les personnes sans-abri et d'autres populations et d'autres populations méritant l'équité. Dans le cadre de la surveillance des ITSS par la santé publique, la quantité minimale de données nécessaires est collectée. Seules les autorités sanitaires provinciales ou territoriales ont accès aux renseignements identificatoires personnels (p. ex., le nom ou le numéro de carte d'assurance-maladie personnelle) qui sont utilisés pour la prestation de services de santé et qui sont supprimés avant l'envoi des données aux systèmes nationaux. Toutes les données sont stockées de manière sécurisée et leur accès est strictement restreint. Les données reçues concernant les diagnostics individuels dans le cadre des rapports réguliers par les provinces et territoires ne sont pas partagées avec d'autres parties (y compris les organismes d'application de la loi). Les rapports élaborés à partir de données nationales portent sur des tendances de populations et non sur des individuels.

À la lumière de la pandémie de la COVID-19, le gouvernement fédéral a également élaboré une « *Stratégie pancanadienne de données sur la santé* » (14) dans l'optique de moderniser la collecte de données sur la santé en donnant priorité à la collecte de données à court terme. Les priorités établies pendant la pandémie comprennent l'amélioration de la collecte de données sur les répercussions de la COVID-19 sur les populations racialisées et sur les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis (15).

Le gouvernement canadien s'est engagé à œuvrer en vue d'atteindre les objectifs internationaux visant à éliminer la transmission du VIH, notamment les cibles 95-95-95 de l'ONUSIDA pour 2025, qui sont les suivants : 95 % des personnes atteintes du VIH sont diagnostiquées, 95 % des personnes diagnostiquées sont sous traitement et 95 % des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée (16), et ce, au sein de chaque sous-population, groupe d'âge et contexte géographique.

En plus de ces objectifs, l'ONUSIDA a établi des cibles 10-10-10 supplémentaires liées aux lois et politiques punitives, à la stigmatisation et à la discrimination, aux inégalités et aux violences fondées sur le genre, à l'accès

à des services centrés sur les personnes dans des contextes particuliers, à la prévention combinée et à d'autres domaines afin de réduire davantage le fardeau du VIH (16).

Trois équipes différentes de l'ASPC produisent des rapports décrivant les divers aspects de l'épidémie de VIH au Canada et les progrès réalisés par le Canada pour atteindre les objectifs nationaux et internationaux de réduction de la transmission du VIH :

- 1) Le Programme national de surveillance du VIH (SSVS);
- 2) La Section des estimations et de la surveillance sur le terrain; et
- 3) La Section de la surveillance accrue du VIH et de l'hépatite C, communément appelée « Tracks »

Le Programme national de surveillance du VIH (SSVS)

Le SSVS est responsable de la surveillance systématique des cas de VIH ainsi que la création et la diffusion des outils de renseignements annuels, y compris le présent rapport annuel. Le SSVS recueille et présente des données sur les premiers diagnostics de VIH déclarés chaque année dans les provinces et les territoires canadiens. Les données sur les cas comprennent des données sociodémographiques limitées (p. ex. âge, sexe, race ou origine ethnique) et les catégories d'exposition (la voie la plus probable d'acquisition du VIH). Même si le SSVS produit des outils d'information décrivant les tendances des nouveaux diagnostics de VIH dans l'ensemble, il est limité dans sa capacité de mettre en évidence les tendances des nouveaux diagnostics parmi les populations clés touchées de façon disproportionnée par le VIH.

Section des estimations et de la surveillance sur le terrain

La surveillance systématique du VIH (c.-à-d. SSVS) sert à résumer les renseignements relatifs aux personnes qui se sont présentées pour un test de dépistage du VIH et qui ont ensuite reçu un diagnostic de VIH. Elle ne rend pas compte du nombre de personnes qui vivent avec le VIH qui n'ont pas été testées (c.-à-d. celles qui vivent avec le VIH sans connaître leur diagnostic). Elle ne rend pas compte du nombre total de personnes tout en recevant des soins et des traitements contre le VIH au Canada. Ces renseignements sont plutôt estimés à l'aide de modèles et de méthodes statistiques, avec des données provenant de diverses sources. ASPC élabore des [estimations](#) de l'incidence du VIH (nouvelles infections) et de la prévalence (personnes vivant avec le VIH), ainsi que du continuum des soins du VIH tous les deux ans, en partenariat avec les autorités provinciales et territoriales de santé publique et d'autres ministères (5). De plus, dans le cadre de l'objectif visant à accroître l'accès à la prévention combinée du VIH, l'ASPC surveille et relate dans des rapports les tendances de l'utilisation du PrPE du VIH au Canada. Les estimations nationales du VIH permettent de comprendre les changements dans les modes de transmission du VIH au fil du temps. Ils peuvent servir à orienter la planification et le financement de la prévention, du traitement, des soins et du soutien continu aux personnes vivant avec le VIH ou qui en sont touchées. Elles permettent également aux organismes de santé publique de déterminer les lacunes dans les soins, ainsi que les types d'interventions qui pourraient aider à accroître le nombre de personnes qui atteignent et maintiennent la suppression virale. Les plus récents renseignements sur les personnes vivant avec le VIH au Canada se trouvent sur la [page de surveillance des ITSS](#), sous « Rendre compte des progrès du Canada vers l'élimination des ITSS ».

Section de la surveillance accrue du VIH et de l'hépatite C (Tracks)

La Section de la surveillance accrue du VIH et de l'hépatite C supervise le système de surveillance Tracks, qui est conçu pour recueillir des renseignements sur la prévalence du VIH, de l'hépatite C, et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les comportements à risque liés au VIH et l'utilisation de services liés aux ITSS parmi les populations clés. Elle mène régulièrement des enquêtes transversales et biocomportementales auprès des [PUDI](#) (17); des Peuples des [Premières Nations](#) (18), des Inuits et des Métis; GBHARSAH; ainsi que des personnes Noires (19). Les enquêtes sur les biocomportements sont un outil essentiel pour mesurer et traiter l'épidémie de VIH, en particulier parmi les populations clés qui sont souvent mal desservies, qui méritent équité, et qui ont une probabilité accrue de contracter le VIH (20). Ces enquêtes biocomportementales comprennent un questionnaire rempli par le répondant ainsi qu'un échantillon de sang séché provenant d'un échantillon prélevé par piqûre au doigt, qui est testé pour le VIH, l'hépatite C et d'autres ITSS. Le questionnaire recueille des renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques, les déterminants sociaux de la santé, l'utilisation des services de santé et de prévention (y compris le dépistage et le traitement PPrE), la consommation des substances et les comportements liés à l'injection, les comportements sexuels, ainsi que les soins et le traitement du VIH et de l'hépatite C. Tracks consulte les provinces et les territoires pour sélectionner les sites sentinelles (lieux de recrutement des participants) et collabore avec des organismes locaux de santé publique ou communautaires pour mener les enquêtes biocomportementales. Les résultats de l'enquête fournissent les données nécessaires pour évaluer les progrès vers l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux concernant les ITSS (12) et sont une source d'information riche qui est utilisée aux échelons local, provincial, territorial et fédéral pour éclairer les politiques, programmes, plans et interventions en santé publique pour les populations clés (p. ex., le plan d'action fédéral sur les ITSS).

Examen et renouvellement du Programme national de surveillance du VIH

Le Programme national de surveillance du VIH (SSVS) est en cours d'examen et de renouvellement dans le but de mieux répondre aux besoins de données probantes. L'objectif est d'identifier les données de surveillance au niveau national dont les utilisateurs de données ont besoin et d'améliorer la qualité et l'utilité de ces données pour refléter fidèlement l'état actuel de l'épidémie de VIH. Le processus d'examen et de renouvellement de la SSAS est guidé par les principes énoncés dans le Cadre d'action pancanadien sur les ITSS : équité en santé, droits de la personne, mobilisation significative des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, et politiques et programmes fondés sur des données probantes. La phase d'examen comprenait une évaluation technique interne, un examen des données probantes, la mobilisation des fournisseurs de données dans les provinces et les territoires (PT) et la mobilisation communautaire. En contribuant à l'obtention de renseignements de meilleure qualité pour éclairer les politiques et les programmes et en s'engageant de manière significative avec les partenaires et les groupes d'experts, le processus d'examen et de renouvellement peut contribuer aux priorités particulières énoncées dans le Plan d'action sur les ITSS du gouvernement du Canada (2024-2030) (13) : améliorer la surveillance désagrégée des tendances en matière d'ITSS, collaborer avec les intervenants (provinces et territoires, Premières Nations, Inuits, Métis, partenaires communautaires) pour examiner et adapter les méthodes de surveillance nationales, collaborer avec les communautés pour élaborer des pratiques de collecte de données et de mobilisation des connaissances responsables et culturellement appropriées, et soutenir la collecte de données et la recherche sur les communautés 2ELGBTQI+ afin d'éclairer la prestation des services de santé.

À la suite du plaidoyer communautaire et grâce à un effort de collaboration avec les membres de la collectivité, le SSVS a cocréé un Groupe de travail d'experts des communautés noires (GTEN), et un Groupe de travail sur la surveillance du VIH et la syphilis des Premières Nations, Inuit, et Métis (GT-PNIM), composé de personnes

ayant une expertise dans les soins, la recherche et le plaidoyer du VIH. Ces groupes de travail ont été créés pour soutenir le rôle crucial de la collaboration des membres des communautés dans l'amélioration des systèmes de lutte contre le VIH (y compris le diagnostic, la collecte de données et la gestion) qui seraient plus favorables au bien-être des communautés noires et autochtones. Le GTEN et le GT-PNIM fournissent des conseils et d'orientation au SSVS et aux partenaires de surveillance, contribuant ainsi aux efforts collectifs pour améliorer la qualité et l'exhaustivité des données sur l'identité autochtone et sur la race ou l'origine ethnique, tout en veillant à ce que ces renseignements soient interprétés et présentés dans des rapports de manière utile et appropriée.

Le SSVS collabore avec un groupe de travail établi pour les personnes ayant une expérience vécue de la consommation de substances, et avec le [Centre de recherche communautaire \(CBRC\)](#) axé sur l'amélioration des données concernant le sexe, le genre et la diversité sexuelle.

Rapports nationaux de surveillance du VIH

À partir du document « [Le VIH au Canada, Rapport de Surveillance en date du 31 décembre 2020](#) », les rapports nationaux de surveillance du VIH présentent des données actuelles spécifiquement sur les premiers diagnostics de VIH plutôt que sur tous les résultats de tests positifs de cette année-là (21). Bien que l'inclusion de cas de VIH diagnostiqués antérieurement soit importante pour la planification des besoins en traitement et en soins, il a été démontré que l'inclusion de ces cas augmentait le nombre de diagnostics de VIH déclarés par année et en surestimait l'incidence (22). Bien que la capacité de déclarer les premiers diagnostics séparément des cas de VIH déjà diagnostiqués, pour toutes les années déclarées, varie selon la province et le territoire, l'accent mis sur les premiers diagnostics améliore notre connaissance des transmissions du VIH, à mieux orienter les activités de prévention.

Il s'agit de la nature des données de surveillance, qui doivent être mises à jour continuellement par tous les systèmes de santé publique (fédéral, provinciaux et locaux). À ce titre, ce rapport remplace tous les rapports nationaux de surveillance du VIH précédents et présente les données de surveillance les plus récentes compilées pour le VIH, les données sur les cas de premiers diagnostics étant incluses jusqu'au 31 décembre 2024.

Ce rapport décrit (a) l'épidémiologie des premiers diagnostics de VIH au Canada en 2024, selon la région géographique, l'âge au moment du diagnostic, le sexe, la race ou origine ethnique, ainsi que la catégorie d'exposition, et (b) les tendances observées entre 2015 et 2024. Bien que le Rapport de surveillance soit axé sur les premiers diagnostics, des données concernant à la fois les premiers diagnostics et les cas précédemment diagnostiqués sont incluses pour donner une idée du volume des soins provinciaux ou territoriaux liés au VIH. Des informations mises à jour sur les résultats des examens médicaux aux fins de l'immigration pour le VIH, des données sur les personnes ayant donné naissance à des nourrissons exposés au VIH de manière périnatale, ainsi que sur les diagnostics de sida (le stade de maladie le plus avancé causé par le VIH) et la mortalité liée au VIH y sont également présentées.

Les données fournies dans ce rapport peuvent être divisées en deux sections :

- La première section porte sur les diagnostics de VIH au Canada en 2024, selon la région géographique, l'âge au moment du diagnostic, le sexe, la race ou origine ethnique et la catégorie d'exposition, en plus

de présenter des analyses sélectionnées de 2015 à 2024. Cette section comprend également des données de surveillance, par province ou territoire, portant à la fois sur les premiers diagnostics et sur les cas positifs antérieurs.

- La deuxième section concerne les données du Programme canadien de surveillance périnatale du VIH (2017-2024), sur le dépistage médical du VIH aux fins de l'immigration (2015-2024), sur la surveillance des cas de sida (2015-2024) et sur la mortalité liée au VIH (2015-2024).

Méthodes

Sources des données

Les données provenant des sources suivantes sont présentées dans le présent rapport de surveillance, et décrits plus en détail par la suite :

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

Programme national de surveillance du VIH

Le Programme national de surveillance du VIH (SSVS), un programme de surveillance passive fondé sur les cas, compile des renseignements non identifiables sur les diagnostics d'infection récents de VIH, selon la définition de cas nationale [définition nationale de cas de VIH / définition nationale de cas de sida](#) (23). Bien que la collecte de données sur les diagnostics de VIH par le biais de la santé publique et de la déclaration en laboratoire soit la responsabilité de chaque province ou territoire, la présentation de données à l'ASPC se fait sur une base volontaire. Les données sur chaque nouveau diagnostic sont soumises à l'ASPC en format des d'ensembles de données électroniques sécurisés, des tableaux agrégés, ou en utilisant le formulaire national de rapport de cas (24).

Les pratiques de stockage des données brutes, y compris les ensembles de données électroniques et les formulaires de rapport de cas, ont été décrites dans la **Directive sur la collecte, l'utilisation et la diffusion de l'information relative à la santé publique (ASPC, 2013, document non publié)**.

Depuis 2020, l'ASPC a demandé la présentation de données sur les premiers diagnostics, soit par l'entremise d'un ensemble de données sur les premiers diagnostics seulement, soit par l'entremise d'un ensemble de données sur les premiers diagnostics et sur les cas diagnostiqués précédemment (hors pays/hors province ou territoire), avec une variable permettant de distinguer les premiers diagnostics des cas diagnostiqués précédemment. L'identification et la suppression des cas « en double », y compris les cas diagnostiqués précédemment dans la province ou le territoire déclarant, avant leur présentation à l'ASPC relèvent de la responsabilité des provinces ou des territoires. De plus, des détails sur les données soumises pour 2023 par les autorités de santé publique des PT se trouvent à l'**annexe 2**. Pour le rapport de 2023, des données supplémentaires concernant les cas de premiers diagnostics et ceux précédemment diagnostiqués sont incluses. Pour ces analyses, on a utilisé des données agrégées ainsi que les données énumérées ligne par ligne sur les cas précédemment diagnostiqués, soumises par les provinces et territoires, en plus des données sur les premiers diagnostics.

Les renseignements sur les cas de VIH diagnostiqués à ou avant le 31 décembre 2024 comme l'âge, le sexe, la race ou l'origine ethnique, ainsi que les comportements et les expositions qui peuvent être associés à la transmission du VIH (présentés sous la forme de « catégories d'exposition ») sont présentés dans le présent

rapport de surveillance. Les données provinciales ou territoriales de surveillance du VIH ont été soumises à l'ASPC par tous les provinces et territoires avant le 6 février 2026 et validées avant le 19 février 2026. Des différences observées entre les données publiées dans ce rapport et les données publiées dans les rapports de surveillance provinciaux et territoriaux sont possibles, car les données de surveillances des PT pourraient avoir été mises à jour après la soumission à l'ASPC. En cas de différences, il est recommandé d'utiliser les rapports provinciaux et territoriaux comme première source de renseignements. En plus des données de 2024, l'Ontario (depuis 1985), le Québec (depuis 2015), et la Colombie-Britannique (depuis 2020) ont resoumis des données historiques mises à jour. Les PT procédant régulièrement à la révision et à la mise à jour de leurs données de surveillance, des corrections peuvent être apportées aux enregistrements antérieurs. De ce fait, les PT peuvent transmettre des données actualisées relatives aux années précédentes en même temps que celles de l'année en cours. Par conséquent, il se peut que les données historiques présentées dans le présent rapport ne correspondent pas exactement aux données historiques présentées dans les rapports nationaux précédents.

Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada

Les données nationales sur le statut sérologique des nourrissons nés de femmes ou d'autres personnes enceintes vivant avec le VIH sont recueillies par [le Groupe canadien de recherche pédiatrique et périnatale sur le sida](#) (CPARG) dans le cadre du Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC), avec le soutien du [Réseau canadien pour les essais VIH des Instituts de recherche en santé du Canada](#). Le PSPVC est un système de surveillance active et sentinelle qui se concentre sur les nourrissons nés de personnes enceintes et vivant avec le VIH, et les enfants vivant avec le VIH et recevant des soins dans tout site participant. Les données sont fournies par 22 centres de VIH (pédiatriques et pour adultes) et unités de santé publique de toutes les provinces et de tous les territoires canadiens, que ces enfants soient nés au Canada ou à l'étranger (25). L'information est recueillie dans le cadre d'une enquête nationale non nominale et confidentielle auprès des pédiatres participants dans les 22 sites lors de l'aiguillage obstétrique ou pédiatrique vers des soins, et mis à jour annuellement. CPARG estime que les sites du PSPVC couvrent 95 % des nourrissons nés au Canada qui ont été exposés au VIH.

Les variables recueillies comprennent le pays de naissance, la race ou l'origine ethnique autodéclarée et la catégorie de risque de contracter le VIH de la personne enceinte, ainsi que le régime antirétroviral et la durée de la grossesse, l'âge gestationnel, le mode d'accouchement du nourrisson, et le poids du nourrisson à la naissance. Le statut VIH du nourrisson est déterminé à l'aide d'un test de réaction en chaîne par polymérase (confirmé sur au moins deux échantillons distincts) et/ou une sérologie VIH au-delà de l'âge de 18 mois. La sérologie VIH des nourrissons est déclarée comme « vivant avec le VIH confirmé », « confirmé non vivant avec le VIH » ou « sérologie VIH non confirmée », et est mise à jour chaque année.

Les données de surveillance du PSPVC pour 2024, y compris les mises à jour des données des années précédentes, ont été soumises à l'ASPC en février 2026.

Examen médical aux fins d'immigration

Les renseignements sur les examens médicaux aux fins d'immigration (EMI) pour les migrants avec un résultat positif au test de dépistage du VIH, au Canada ou à l'étranger, ont été inclus dans le Système mondial de gestion des cas (SMGC) mis à jour par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC). Le SMGC, utilisé pour le traitement des demandes de résidence permanente et temporaire au Canada par des ressortissants étrangers,

contient des renseignements sur l'EMI d'une personne. Des EMI sont donnés par des médecins tiers au nom d'IRCC, au Canada ou à l'étranger, et doivent être effectués par les personnes suivantes : tous les étrangers qui demandent la résidence permanente et certains étrangers qui demandent la résidence temporaire au Canada. Depuis 2002, le dépistage systématique du VIH a été ajouté comme élément obligatoire de l'EMI pour les candidats de 15 ans et plus, et pour ceux âgés de moins de 15 ans ayant certains facteurs de risque (26). Étant donné que le dépistage est obligatoire dans les EMI standard, que le statut sérologique soit connu ou non, le VIH détecté dans le cadre de l'EMI n'indique pas un nouveau diagnostic de séropositivité. De plus, il est possible qu'un cas a été comptabilisé au cours des années précédentes si la personne avait subi plusieurs EMI ou si elle avait subi un test de dépistage du VIH au Canada en dehors de l'EMI. Les données recueillies par IRCC comprennent des données sur les personnes qui ont été déclarées positives au Canada en 2023 et celles qui ont été déclarées positives à l'extérieur du Canada et sont arrivées au Canada en 2024.

Des données agrégées non nominatives sur les personnes dont le test de dépistage du VIH s'est révélé positif lors d'un EMI ont été fournies à l'ASPC par IRCC en juillet 2025 et comprennent les données suivantes : le pays de naissance, le sexe, le groupe d'âge, la province ou le territoire où l'EMI a été effectué (si le test a eu lieu au Canada), l'année de l'examen (si examinées au Canada) ou l'année où le demandeur est arrivé au Canada (si examinées à l'extérieur du Canada). Les personnes suivantes sont classifiées au sens large comme « migrants » : 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).

Les données nominales provenant des résultats de tests au Canada et à l'étranger où le VIH a été détecté et une adresse résidentielle canadienne valide, y compris la province ou le territoire de résidence, sont couramment partagées par IRCC avec les PT applicables aux fins de soutenir et de faciliter l'arrimage aux soins. Par le passé, les provinces et territoires ont soit compté les données reçues d'IRCC comme de nouveaux diagnostics, soit les ont exclues du compte des nouveaux diagnostics, avec des procédures qui variaient selon les PT. Les efforts déployés par les PT pour améliorer la différenciation de ces cas se sont poursuivis avec la communication des données de 2024.

Base canadienne de données de l'état civil – Décès

Peu importe leur cause, les décès au Canada doivent être enregistrés auprès des registraires de l'état civil des provinces et territoires (27). Les données sur tous les décès qui se sont produits sont soumises annuellement à Statistique Canada, responsable de la Base canadienne de données de l'état civil – Décès (BCDECD), par les registres provinciaux et territoriaux des statistiques de l'état civil. La BCDECD, un enregistrement cumulatif des statistiques sur les décès provenant de la présentation annuelle des formulaires d'enregistrement des décès recueillis par le registre central dans chaque PT, a classé la cause du décès selon les codes de la Classification internationale des maladies (CIM). Entre 1979 et 1999, la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) a été utilisée pour classer les décès de codes 042 à 044 indiquant les décès attribués à l'infection par le VIH. À partir de l'an 2000, les codes B20 à B24 ont été utilisés pour classer les décès attribués à l'infection par le VIH dans la 10^e révision (CIM-10).

Les données sur la mortalité propre à l'année du décès, sur la cause du décès, le sexe et l'âge au décès ont été obtenues à partir des données publiques « Décès et taux de mortalité par groupe d'âge, selon certains groupes de causes » provenant de la BCDECD le 16 février 2026 (28). Pour le rapport national de surveillance du VIH, l'accent est mis sur les décès attribués spécifiquement au VIH.

Analyse des données

Des procédures normalisées de vérification et d'enregistrement des données ont été appliquées à tous les ensembles de données soumis par les provinces et les territoires et utilisées pour élaborer l'ensemble de données nationales. Les données individuelles de PT sont compilées dans des tableaux formatés comme ils apparaîtraient dans le rapport et renvoyé au PT soumettant pour examen et validation. Après la résolution des divergences (le cas échéant) et l'accord final obtenu des provinces et des territoires, les ensembles de données nationaux ont été préparés.

Le présent rapport présente le nombre de cas et les taux (cas pour 100 000 personnes) stratifiés dans l'ensemble et selon la région géographique, le groupe d'âge et le sexe. Les taux ont été calculés à l'aide des données extraites sur la population de l'ensemble de données des statistiques démographiques annuelles de Statistique Canada, Division de la démographie (29) et publiés afin d'indiquer la taille estimée de la population canadienne au 1er juillet 2024.

Aucune méthode statistique supplémentaire n'a été utilisée pour effectuer des analyses comparatives ou pour tenir compte des données manquantes dans le présent rapport. Lorsque jugé nécessaire par les fournisseurs de données de surveillance provinciaux et territoriaux, les données de petite taille ($n \leq 5$ cas) ont été supprimées ou les catégories de données ont été fusionnées.

L'ensemble national de données a été compilé à l'aide de premiers diagnostics signalés au Canada entre 2014 et 2023 selon les définitions suivantes :

- **Premiers diagnostics du VIH** : VIH diagnostiqué et déclaré pour la toute première fois chez l'individu au cours de l'année de déclaration, sans preuve de diagnostic antérieur, ni dans un autre pays, ni dans une autre province ou un autre territoire du Canada.
- **Diagnostic antérieur** : personnes qui avaient un diagnostic antérieur connu du VIH dans un autre pays ou dans une autre province ou un autre territoire du Canada, telles que déclarées par un indicateur dans les dossiers individuels (voir la section suivante pour de plus amples détails).

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

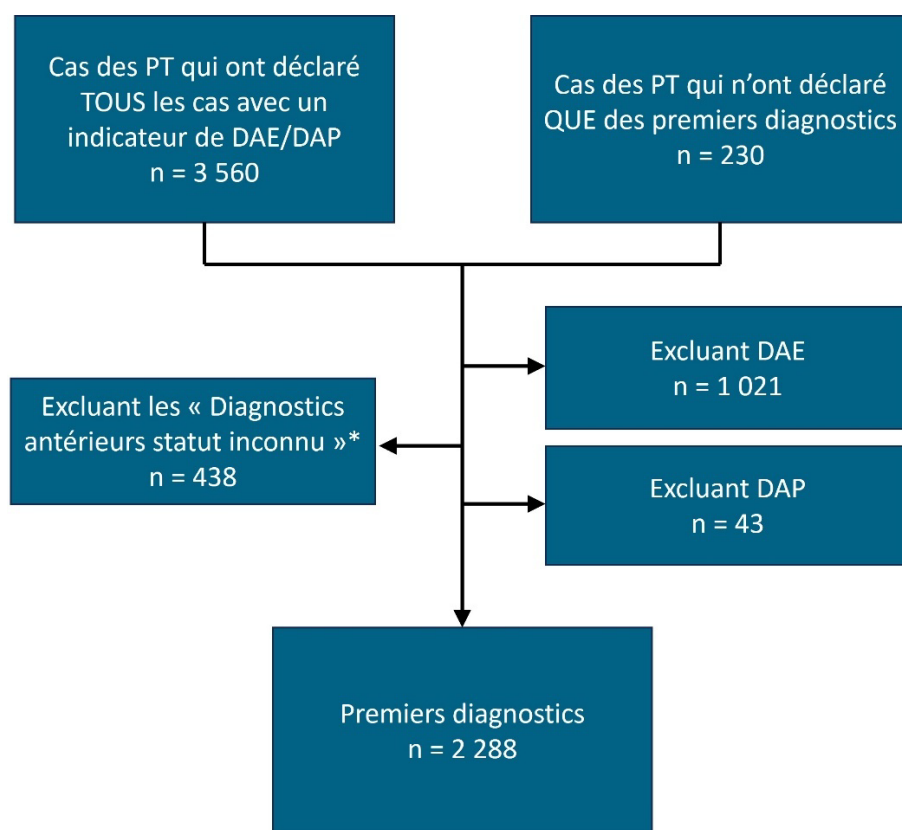
Dans le rapport de 2024, toutes les provinces et tous les territoires ont soumis soit des données uniquement pour les premiers diagnostics, soit des données pour l'ensemble des cas, accompagnées d'un indicateur permettant d'identifier les cas qui avaient un diagnostic antérieur à l'étranger (c.-à-d. à l'étranger, DAE) ou un diagnostic antérieur hors province (c.-à-d. hors province, DAP). Les cas signalés par les provinces et territoires qui ne déclarent que les premiers diagnostics ont été combinés aux cas identifiés comme premiers diagnostics par les provinces et territoires qui présentent tous les cas, et les cas précédemment diagnostiqués tels que définis dans les ensembles de données soumis ont été exclus (**figure 1**), pour produire le dénombrement final des premiers diagnostics de VIH pour la période de surveillance, du 1er janvier au 31 décembre 2024.

En 2024, 3 790 cas de VIH ont été déclarés au total (3 560 cas dans les provinces et territoires qui ont déclaré TOUS les diagnostics avec un indicateur hors province/hors province, 230 cas dans les provinces et territoires qui ont déclaré UNIQUEMENT un premier diagnostic), dont 1 502 étaient des diagnostics antérieurs (1 021 ont été classés comme étant hors du pays, 43 comme hors province et 438 comme ayant reçu un diagnostic antérieur). Si l'on exclut les cas diagnostiqués précédemment, on a dénombré **n = 2 288** cas classés comme

des premiers diagnostics de VIH en 2024 et utilisés pour des analyses plus approfondies dans le présent rapport (**figure 1**).

Certains provinces et territoires ont fourni des indicateurs de diagnostic antérieur à l'étranger et de diagnostic antérieur hors province pour les années précédentes dans le cadre des soumissions pour les rapports de surveillance à partir de 2020. Les données soumises par les PT pour les années de déclaration entre 2015 et 2024 sont présentées à la **figure A1 (annexe 2)**. L'ensemble national de données sur les premiers diagnostics pour 2015 à 2024 comprend 17 739 dossiers devant servir à l'analyse des tendances et exclut tous les cas connus de diagnostic antérieur à l'étranger et de diagnostic antérieur hors province. Il est probable que ce total inclut certains cas diagnostiqués précédemment, puisque la capacité de fournir des indicateurs de DAE/DAP pour les années historiques par PT variait. Par conséquent, les analyses des tendances doivent être interprétées avec prudence. On prévoit que l'exactitude de l'ensemble de données sur les premiers diagnostics s'améliorera au fil du temps compte tenu des mises à jour des données historiques par les autorités de santé publique PT dans le cadre des futures soumissions de données.

Figure 1 : Schéma montrant le flux de données pour les premiers diagnostics et les cas déjà diagnostiqués de VIH dans toutes les provinces et tous les territoires pour 2024.



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

* Les « Diagnostics antérieurs statut inconnu » sont des cas diagnostiqués qui ont été identifiés comme des diagnostics antérieurs, mais pour lesquels on ne dispose pas suffisamment de renseignements pour les attribuer au DAE ou au DAP.

Les données de surveillance en un coup d'œil

Premiers diagnostics du VIH

Tendances générales des diagnostics de VIH

En 2024, 2 288 cas de premiers diagnostics de VIH ont été signalés au Canada. Il s'agit d'une diminution de 3,3 % par rapport au nombre de cas déclarés en 2023 (2 367 cas). Le taux national de diagnostic du VIH était de 5,5 cas pour 100 000 personnes (7,2 cas pour 100 000 personnes chez les personnes de sexe masculin et 3,8 pour 100 000 personnes chez les personnes de sexe féminin) en 2024. Entre 2015 et 2019, le taux de diagnostic national a fluctué dans une fourchette étroite (entre 4,6 et 5,1 pour 100 000) avant de diminuer fortement en 2020 avec l'apparition de la COVID-19. Bien que cette tendance ait été observée chez les personnes de sexe masculin (passant de 7,6 en 2015 à 6,5 en 2019 et à 4,9 pour 100 000 personnes en 2020), les taux nationaux de diagnostics chez les personnes de sexe féminin ont augmenté de 2015 à 2019 (de 2,2 à 2,7 pour 100 000 personnes) avant de diminuer fortement en 2020 (**figure 2, tableau de données 1**). Depuis 2020, les taux nationaux de diagnostic du VIH chez les personnes de sexe masculin et les personnes de sexe féminin ont affiché une tendance à la hausse, avec une légère augmentation en 2021 et une augmentation subséquente en 2022, ramenant le taux national de diagnostic aux niveaux d'avant la pandémie de COVID-19. Après une nouvelle augmentation en 2023, les taux ont légèrement diminué en 2024, mais sont restés supérieurs aux niveaux d'avant la pandémie de COVID-19 dans l'ensemble, tant chez les hommes que chez les femmes.

Taux de diagnostic – le nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH pour la première fois au cours d'une année donnée pour 100 000 personnes de la population canadienne cette année-là. Ces données de diagnostic sont celles qui sont présentées dans le présent rapport.

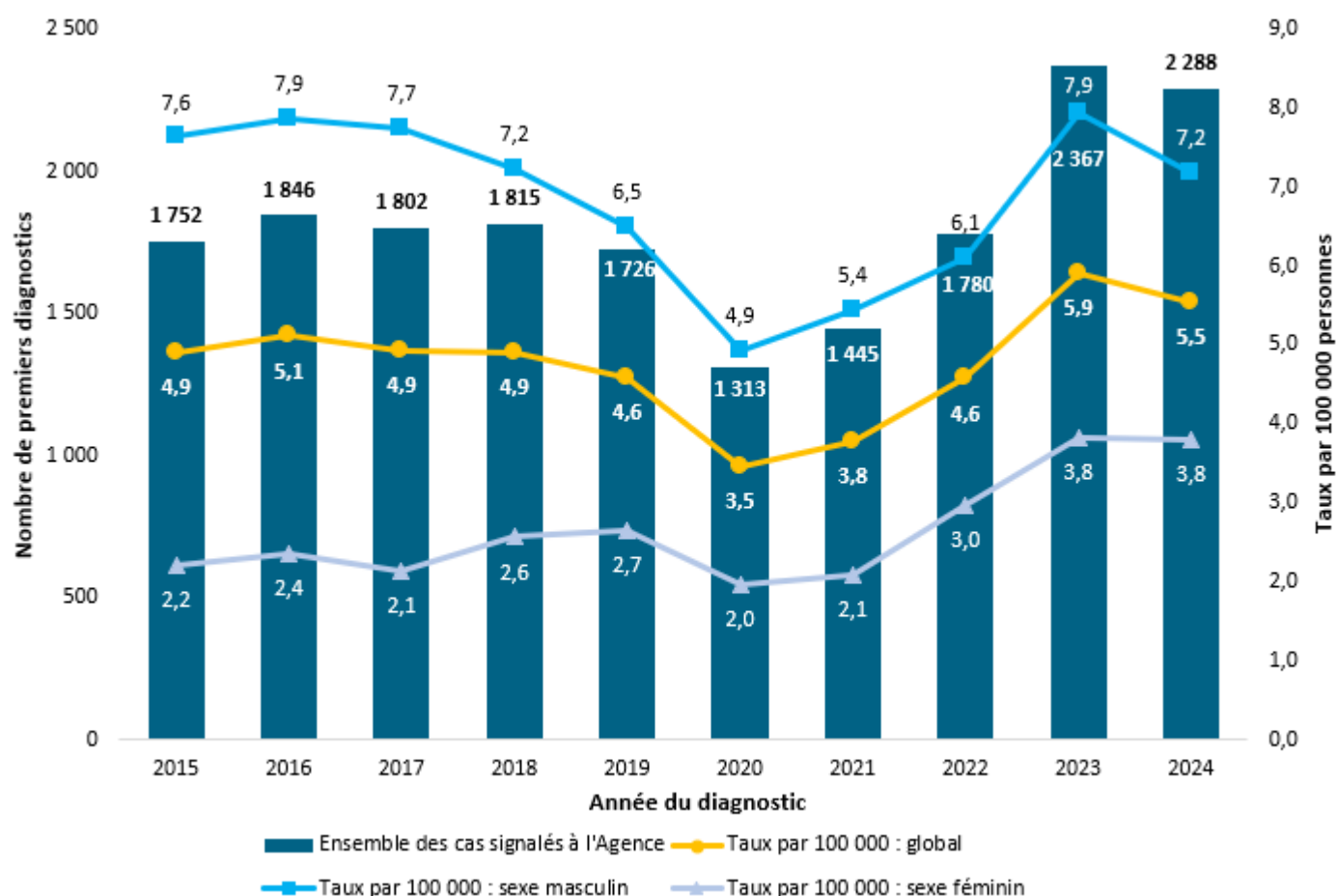
Incidence – nombre estimé de nouvelles infections survenant au cours d'une période donnée, y compris les personnes qui n'ont pas été testées.

Prévalence – nombre estimé de personnes vivant avec le VIH – diagnostiquées et non diagnostiquées.

L'incidence et la prévalence sont estimées par la Section des estimations et de la surveillance sur le terrain et ne sont pas présentées dans le présent rapport, mais peuvent être trouvées dans le rapport « [Les Progrès du Canada vers l'élimination de l'épidémie de VIH, 2022](#) ».

Notez que les tableaux de données utilisés pour générer les figures se trouvent à la fin du présent rapport (**tableaux de données 1-11**).

Figure 2 : Nombre de premiers diagnostics de VIH et taux de diagnostic global, par sexe et par année, Canada, 2015 à 2024 ^{a,b}



^a Les taux et les nombres pour les personnes de sexe masculin et les personnes de sexe féminin excluent les cas où le sexe était déclaré comme personnes transgenre, ou les cas où le sexe n'était pas déclaré. Les cas où le sexe était déclaré comme personnes transgenre ou non déclaré sont toutefois inclus (n = 18 en 2024) dans le taux global.

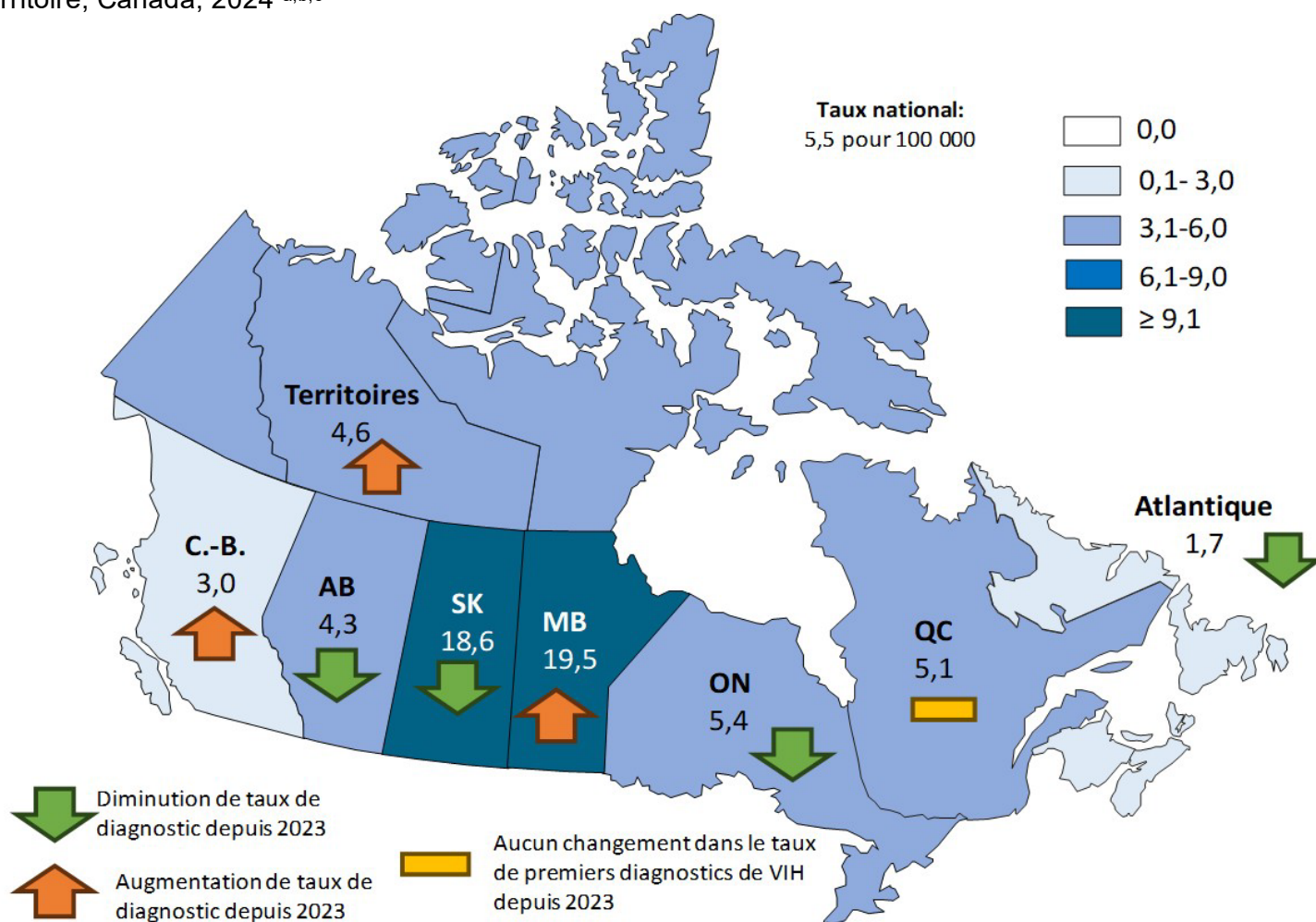
^b Pour les années 2020-2024, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Veuillez consulter les Notes techniques (**annexe 2**) pour connaître les modalités de soumission des premiers diagnostics pour les données historiques de chaque province ou territoire.

Distribution géographique

Les taux de premier diagnostic du VIH au Canada sont présentés à la **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 (moyenne de chaque taux provincial ou territorial). Le Manitoba affichait le taux le plus élevé (19,5 pour 100 000), suivi de près par la Saskatchewan (18,6 pour 100 000) ; la région de l'Atlantique (1,7 pour 100 000) et la Colombie-Britannique (3,0 pour 100 000) affichaient les taux les plus faibles. Le taux national global a diminué de 2023 à 2024, et cette baisse s'est produite en Alberta, en Saskatchewan, en Ontario et dans la région de l'Atlantique ; les taux en Colombie-Britannique, au Manitoba et dans la région des Territoires ont augmenté et le taux au Québec est demeuré constant. Les taux de diagnostic de VIH observés en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Québec et dans les territoires ont dépassé les niveaux préandémiques, tandis que dans toutes les autres régions, les taux observés étaient inférieurs ou inférieurs aux niveaux préandémiques. (**figure 3, tableau de données 2; pour plus de détails, voir le tableau supplémentaire 2**).

Le Canada est un pays hétérogène qui favorise diverses façons d'apprendre, de vivre et de guérir. Par conséquent, chaque PT s'efforce de répondre aux besoins de sa population et de sa région particulière. La transmission du VIH peut être influencée par divers facteurs qui varient selon les régions et qui sont plus marqués dans certaines régions que dans d'autres, tels que l'accès aux soins de santé, la perception du risque d'infection, la relation entre les patients et les soignants, le logement, la sécurité au travail et alimentaire, la culture, le genre, l'âge et le statut socioéconomique. En raison de la complexité des facteurs qui peuvent influencer la transmission du VIH et des différences dans les pratiques de prévention, de dépistage et de traitement, les approches adoptées par les provinces et territoires pour y faire face peuvent varier considérablement. Par conséquent, il est recommandé de consulter les rapports provinciaux pour obtenir des renseignements plus détaillés sur l'état de la situation et les tendances du VIH dans ces régions, car ces rapports présentent des précisions supplémentaires sur les enjeux propres à chaque contexte.

Figure 3 : Évolution des taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 personnes, selon la province ou le territoire, Canada, 2024 ^{a,b,c}



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

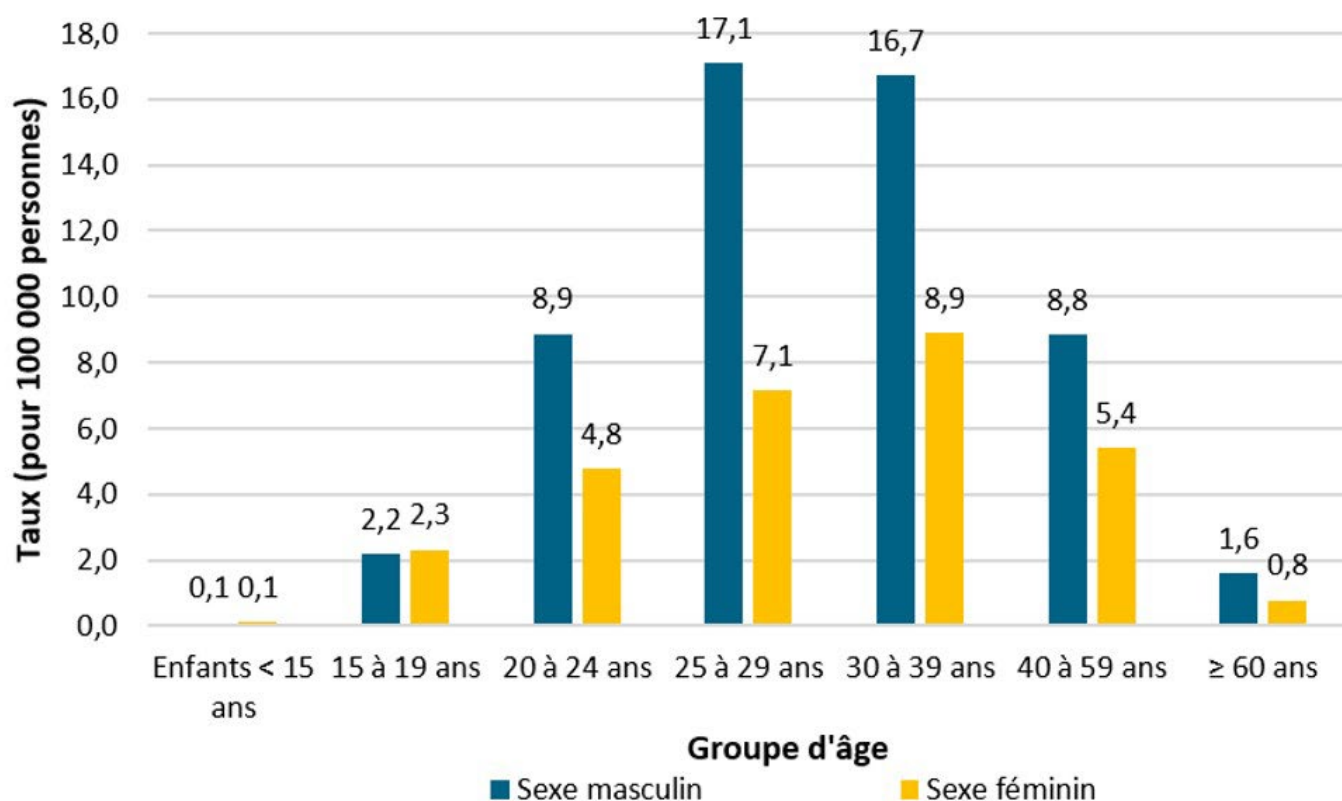
^a Il est à noter que pour l'Alberta, la déclaration nationale exclut les cas de VIH pour lesquels le lieu de la première séropositivité a été identifié comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante; par conséquent, les totaux et les taux des cas de VIH dans le présent rapport peuvent différer de ceux rapportés par l'Alberta.

- ^b En raison du petit nombre de cas dans certaines provinces et certains territoires, certaines régions ont été regroupées pour s'assurer que les personnes ne peuvent pas être identifiées. Pour cette raison, les comparaisons interprovinciales ou interterritoriales ne sont pas toujours possibles.
- ^c En raison des facteurs complexes qui peuvent avoir une incidence sur la façon dont le VIH est transmis ou contracté, les démarches entreprises par les PT pour aborder cette question peuvent varier considérablement. Il est donc recommandé de consulter les rapports provinciaux pour obtenir plus d'informations sur l'état et les tendances du VIH dans ces régions, car ils détailleront davantage leurs considérations clés.

Répartition par groupe d'âge et par sexe

En 2024, parmi les cas où le sexe était masculin ou féminin ($n = 2\,269$), les personnes de sexe masculin représentaient 65,4 % des diagnostics ($n = 1\,483$), tandis que les personnes de sexe féminin représentaient 34,6 % ($n = 786$). La proportion de cas où le sexe a été déclaré comme étant féminin est passée de 22,7 % en 2015 à 34,6 % en 2024. Il y a eu 18 cas où le sexe n'a pas été déclaré ou a été déclaré comme personnes transgenre. Les taux de premiers diagnostics de VIH ont également été stratifiés en fonction du groupe d'âge et du sexe. Le taux de diagnostics de VIH selon l'âge a augmenté pour tous les groupes d'âge chez les personnes de sexe féminin de 2023 à 2024, à l'exception des enfants de <15 ans (0,2 pour 100 000 en 2023 contre 0,1 pour 100 000 en 2024), de 25 à 29 ans (7,7 pour 100 000 en 2023 contre 7,1 pour 100 000 en 2024) et de 40 à 59 ans (5,9 pour 100 000 en 2023 contre 5,4 pour 100 000 en 2024). Chez les personnes de sexe masculin, le taux de diagnostic du VIH selon l'âge a diminué dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 15 à 19 ans (1,3 pour 100 000 en 2023 contre 2,2 pour 100 000 en 2024), les 20 à 24 ans (8,9 pour 100 000 en 2023 et 2024) et ≥ 60 ans (1,5 pour 100 000 en 2023 et 1,6 pour 100 000 en 2024). Le taux de diagnostic de VIH le plus élevé observé dans tous les groupes d'âge était celui des personnes de sexe masculin de 25 à 29 ans, avec un taux de 17,1 pour 100 000 personnes. De même, le groupe d'âge des 30 à 39 ans affichait le taux de diagnostic le plus élevé parmi les personnes de sexe féminin, soit 8,9 pour 100 000 personnes. Les taux de diagnostic du VIH étaient environ deux fois plus élevés chez les personnes de sexe masculin que chez les personnes de sexe féminin dans la plupart des groupes d'âge. Cependant, pour les enfants âgés de <15 ans et de 15 à 19 ans, un taux de diagnostic de VIH similaire a été observé chez les personnes de sexe féminin et les personnes de sexe masculin (**figure 4, tableau de données 3**).

Figure 4 : Taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, par sexe et groupe d'âge, Canada, 2024 ^a



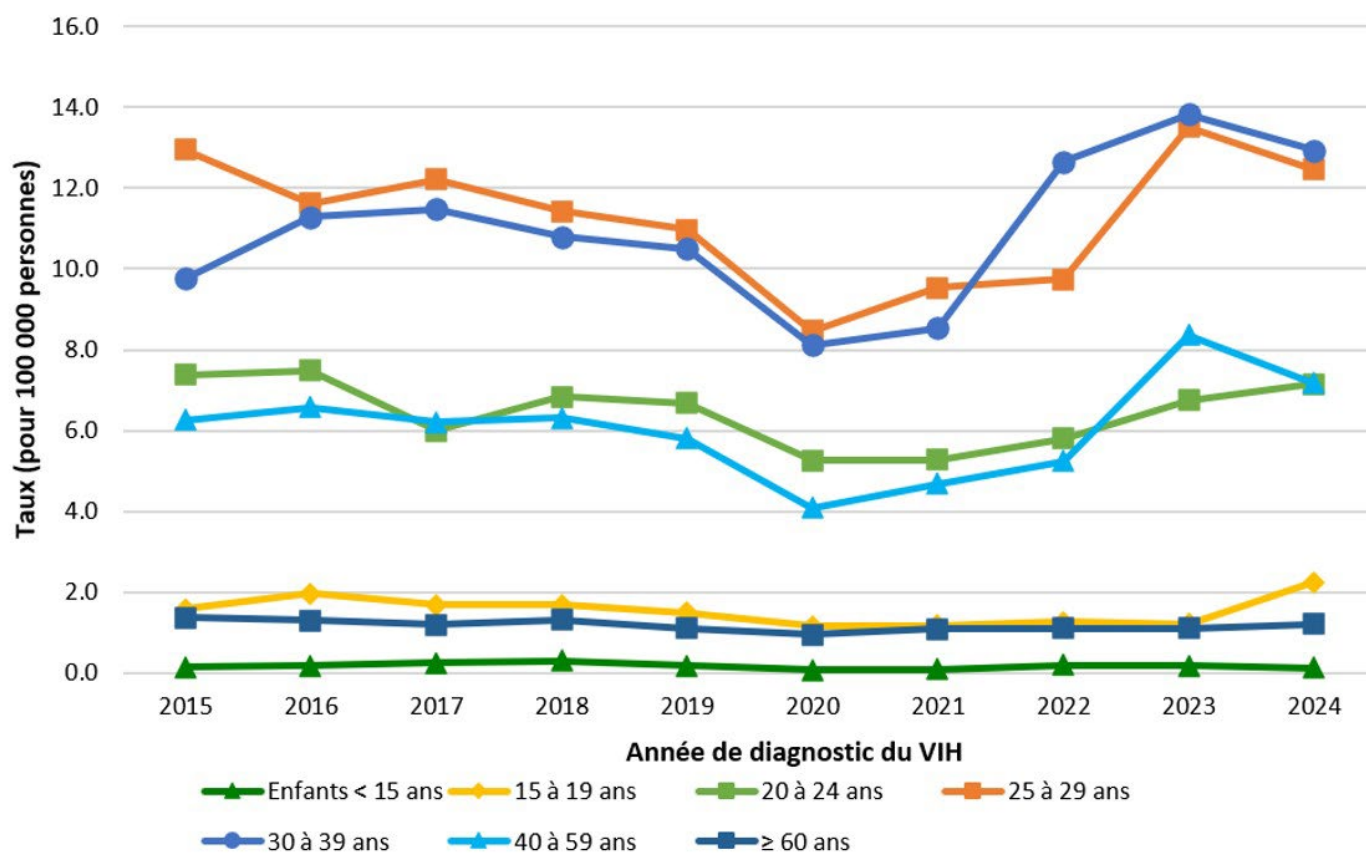
Abréviations : <, inférieur à; ≥, supérieur ou égal à

^a Exclut les cas où le sexe a été déclaré comme personnes transgenre ou les cas où le sexe n'a pas été déclaré. Ces données sont exclues parce qu'il n'y a pas actuellement d'estimations des tailles de la population de personnes transgenre et les personnes de diverses identités de genre requises pour l'estimation du taux, selon l'âge et le territoire au fil du temps, disponibles auprès de Statistique Canada. Le SSVS fait actuellement l'objet d'un processus de renouvellement et vise à améliorer l'inclusion de données représentant les populations transgenres et les populations de genre divers dans les années à venir.

Bien que le taux national de diagnostic du VIH ait diminué entre 2023 et 2024, cela n'a pas été observé dans tous les groupes d'âge, et les tendances ont varié selon les groupes d'âge au fil du temps. Les taux de diagnostic du VIH ont diminué par rapport à l'année précédente pour tous les groupes d'âge, à l'exception des 15 à 19 ans (1,2 pour 100 000 personnes en 2023 contre 2,2 pour 100 000 personnes en 2024), des 20 à 24 ans (6,7 pour 100 000 personnes en 2023 contre 7,1 pour 100 000 personnes en 2024) et ≥60 ans (1,1 pour 100 000 personnes en 2023 contre 1,2 pour 100 000 personnes en 2024). Avant 2023, il y avait une certaine fluctuation dans tous les groupes d'âge. Cependant, une tendance générale à la baisse a été observée de 2015 à 2020, suivie d'une augmentation jusqu'en 2023 et d'une diminution ultérieure en 2024. La majorité (91,9 %) des cas de VIH diagnostiqués en 2024 étaient âgés de 20 à 59 ans, ce qui reflète les tendances observées au cours des dix années précédentes. Le groupe d'âge des 25 à 29 ans affichait le taux de diagnostic le plus élevé jusqu'en 2022. En 2024, le taux de diagnostic le plus élevé a été transféré au groupe des 30 à 39 ans, avec un taux de 12,9 pour 100 000 personnes. Le taux de diagnostic du VIH en 2024 était de 12,5 et 7,2 pour 100 000 personnes dans les groupes d'âge de 25 à 29 ans et de 40 à 59 ans, respectivement. Le taux de diagnostic de VIH le plus faible chez les adultes a été observé chez les personnes

âgées de 60 ans et plus, avec un taux de diagnostic de 1,2 pour 100 000 personnes. Les taux de diagnostic dans quatre des sept groupes d'âge sont maintenant égaux ou proches des niveaux d'avant la pandémie de COVID-19, à l'exception des groupes d'âge de 25 à 29 ans, de 30 à 39 ans et de 40 à 59 ans, qui sont supérieurs aux niveaux d'avant la pandémie (**figure 5, tableau de données 4**).

Figure 5 : Taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 personnes, selon le groupe d'âge et l'année, Canada, 2015 à 2024 ^a



Abréviations : <, inférieur à; ≥, supérieur ou égal à

^a Pour les années 2020-2024, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Voir les Notes techniques (**annexe 2**) pour la présentation d'un premier diagnostic pour les données historiques pour chaque province/territoire.

Répartition des catégories d'exposition

En 2024, les données sur la catégorie d'exposition étaient disponibles pour 1 739 (76,3 %) cas diagnostiqués chez des personnes âgées de 15 ans et plus. Comme en 2023, la plus grande proportion des diagnostics de VIH chez les adultes a été attribuée aux contacts hétérosexuels (n = 666, 38,3 %) ; venaient ensuite les contacts sexuels entre hommes (n = 561, 32,3 %) (**tableau 1**). En 2021 et avant, la plus grande proportion était attribuée aux contacts sexuels entre hommes. En 2024, la proportion de diagnostics de VIH attribués à l'utilisation de drogues injectables (UDI) a diminué à 294 cas (16,9 %), contre 321 cas (18,3 %) en 2023. Il convient de noter qu'au cours des dernières années, la catégorie « Autres » comprenait les cas ayant été exposés à l'extérieur du Canada. Les cas pour lesquels la catégorie d'exposition a été déclarée comme exposition à l'extérieur du

Canada ont été retirés de l'ensemble de données. Les données sur les diagnostics de VIH au Manitoba recueillies en 2024 sur le contact hétérosexuel comme voie d'exposition n'étaient pas dans un format compatible avec la soumission à l'ASPC et ces cas ont été classés dans d'autres catégories d'exposition. Pour cette raison, la proportion nationale d'exposition hétérosexuelle est probablement sous-estimée. Cela a également eu une incidence sur les proportions des catégories d'exposition, avec une forte augmentation de la proportion de cas attribués à la catégorie d'exposition « Autre ».

Chez les personnes de sexe féminin (≥ 15 ans), l'exposition par contact hétérosexuel a représenté la proportion la plus élevée, soit 58,1 % (n = 357), suivie de l'UDI (29,6 %, n = 182) (**tableau 1**). Chez les personnes de sexe masculin (≥ 15 ans), en 2024, la majorité des cas ont été attribués à des contacts sexuels entre hommes (49,9 %, n = 557), suivis des contacts hétérosexuels (27,5 %, n = 307) et des UDI (10,0 %, n = 112).

Tableau 1 : Nombre et proportion de premiers diagnostics de VIH (≥ 15 ans), selon le sexe et la catégorie d'exposition, Canada, 2024 ^{a,b,c,d,e}

Catégorie d'exposition	Sexe masculin		Sexe féminin		Total ^a	
	n	% ^b	n	% ^b	n	% ^b
Contacts sexuels entre hommes	557	49,9%	s.o.	s.o.	561	32,3%
Contacts sexuels entre hommes et UDI	43	3,9%	s.o.	s.o.	43	2,5%
UDI	112	10,0%	182	29,6%	294	16,9%
Contact hétérosexuel	307	27,5%	357	58,1%	666	38,3%
Autre ^c	97	8,7%	75	12,2%	175	10,1%
Sous-total	1 116	75,4%	614	78,5%	1 739	76,3%
Aucun risque identifié ^d	66	4,5%	25	3,2%	93	4,1%
Catégorie d'exposition inconnue ou non déclarée (« manquante »)	298	20,1%	143	18,3%	448	19,6%
Total	1 480	s.o.	782	s.o.	2 280	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 Les colonnes Total comprennent les cas déclarés comme personnes transgenres et les cas où le sexe n'a pas été déclaré, alors que les colonnes « sexe masculin » et « sexe féminin » excluent ces cas.

^b Les proportions sont basées sur le compte du sous-total des cas dont la catégorie d'exposition est connue.

^c Il convient de noter que pour les cas du Manitoba, les renseignements recueillis en 2024 sur les relations hétérosexuelles comme voie d'exposition ou de transmission n'ont pas été recueillis d'une manière compatible avec la présentation à l'ASPC. Par conséquent, ces cas ont été classés dans d'autres catégories d'exposition, mais les relations hétérosexuelles sont un facteur important de transmission du VIH au Manitoba.

^d Autre comprend le sang ou produits sanguins, l'exposition périnatale, l'exposition professionnelle, l'exposition IRCC/hors du pays (Alberta) et d'autres catégories d'exposition.

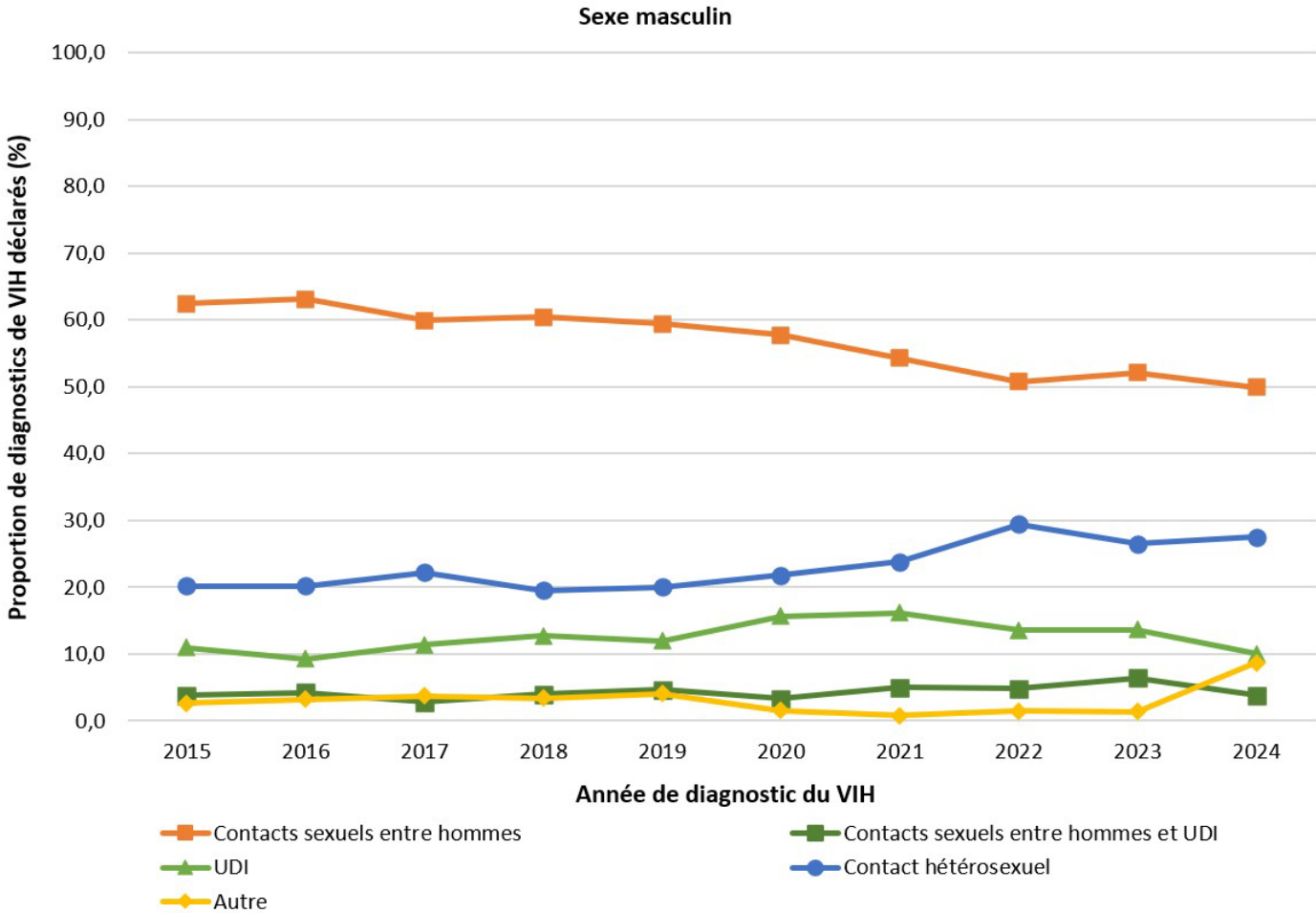
^e Comprend les cas où les antécédents d'exposition au VIH par l'un des autres modes énumérés sont inconnus, ou lorsqu'il n'y a pas d'antécédents d'exposition déclarés (par exemple en raison d'un décès ou d'une perte de suivi).

La répartition des catégories d'exposition chez les personnes de sexe masculin et les personnes de sexe féminin au cours des dix dernières années est présentée aux **figures 6a** et **6b**, **respectivement**. Chez les personnes

de sexe masculin, la répartition des diagnostics au sein des différentes catégories d'exposition a légèrement fluctué depuis 2015, la proportion de cas attribués au contact sexuel entre hommes ayant diminué et la proportion attribuée au contact hétérosexuel ayant augmenté au cours des dernières années (**figure 6a, tableau de données 5b**). Chez les personnes de sexe féminin, au cours des dix dernières années, la proportion de cas attribués à la catégorie d'exposition aux UDI est passée de 27,1 % en 2015 à 40,1 % en 2020, suivie de diminutions consécutives à 29,6 % entre 2021 et 2024 (**figure 6b, tableau de données 5c**).

Il est conseillé de faire preuve de prudence lorsqu'on compare les données de 2024 à celles des années précédentes. À partir de 2020, les cas considérés comme DAE ont été retirés de la catégorie « Autre » exposition (à l'exception de certains cas de l'Alberta) dans le cadre de la modification méthodologique de la déclaration de premiers diagnostics seulement. Il en résulte une réduction globale du nombre de cas, qu'il s'agisse de tous les cas déclarés ou des premiers diagnostics seulement, qui peut avoir influé sur les proportions des catégories d'exposition.

Figure 6a : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe masculin (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024 ^{a,b,c,d}



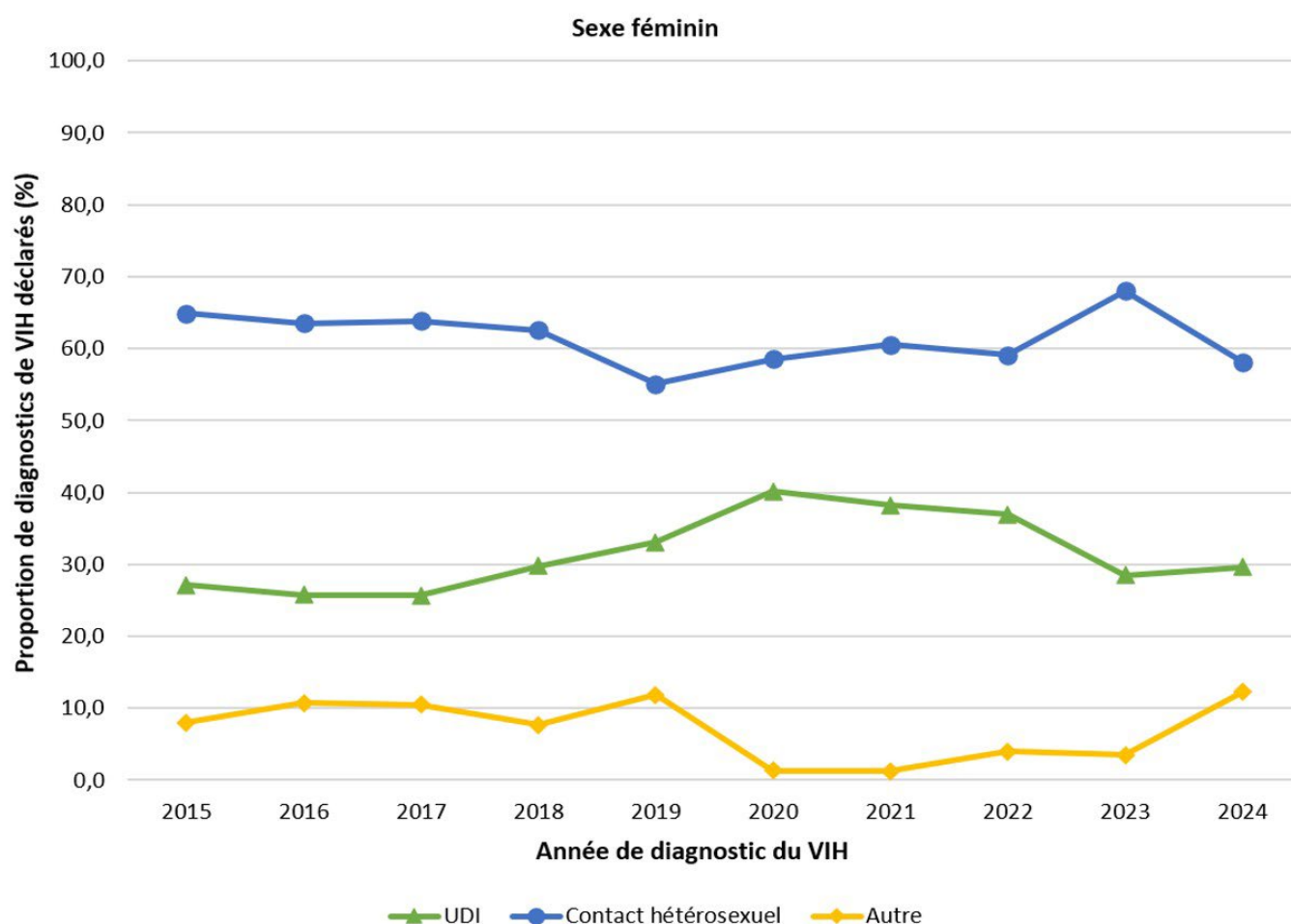
^a Exclut les cas sans risque identifié, dont la catégorie d'exposition est inconnue ou pour lesquels la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.

^b Pour les années 2020-2024, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Voir les Notes techniques (**annexe 2**) pour la présentation d'un premier diagnostic pour les données historiques pour chaque province/territoire et pour la catégorie d'exposition.

^c Il convient de noter que pour les cas du Manitoba, les renseignements recueillis en 2024 sur les relations hétérosexuelles comme voie d'exposition ou de transmission n'ont pas été recueillis d'une manière compatible avec la présentation à l'ASPC. Par conséquent, ces cas ont été classés dans d'autres catégories d'exposition, mais les relations hétérosexuelles sont un facteur important de transmission du VIH au Manitoba.

^d Autre comprend le sang ou produits sanguins, l'exposition professionnelle, les cas de l'Alberta identifiés par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et d'autres catégories d'exposition.

Figure 6b : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe féminin (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2014 à 2023 ^{a,b,c,d}



^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.

^b Pour les années 2020 à 2024, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Voir les Notes techniques (**annexe 2**) pour la présentation d'un premier diagnostic pour les données historiques pour chaque province/territoire et pour la catégorie d'exposition.

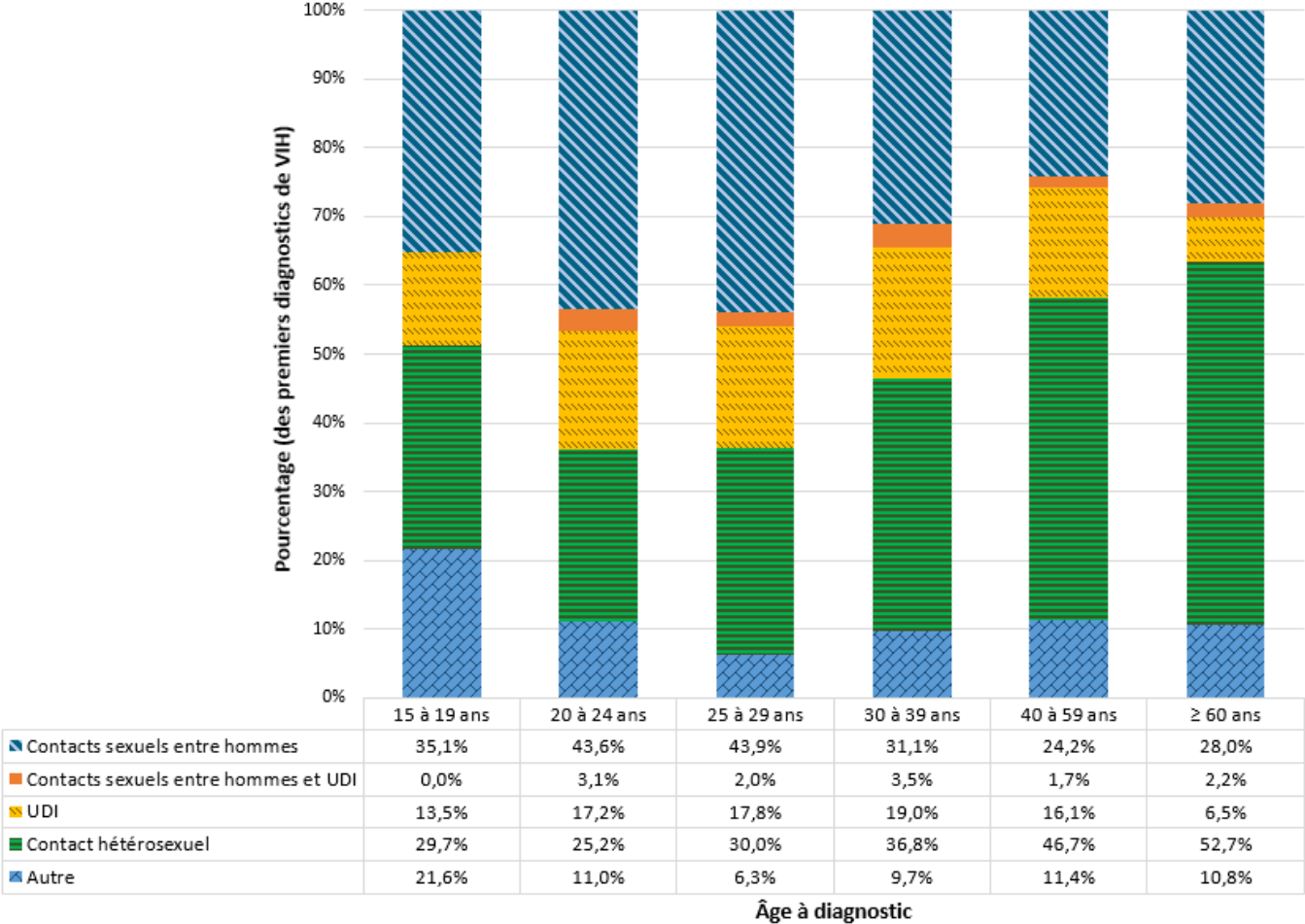
^c Il convient de noter que pour les cas du Manitoba, les renseignements recueillis en 2024 sur les relations hétérosexuelles comme voie d'exposition ou de transmission n'ont pas été recueillis d'une manière compatible avec la présentation à l'ASPC. Par conséquent, ces cas ont été classés dans d'autres catégories d'exposition, mais les relations hétérosexuelles sont un facteur important de transmission du VIH au Manitoba.

^d Autre comprend le sang ou produits sanguins, l'exposition professionnelle, comprend les cas de l'Alberta identifiés par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et d'autres catégories d'exposition.

Catégorie d'exposition et groupe d'âge

Parmi les groupes d'âge des 15 à 19 ans, des 20 à 24 ans et des 25 à 29 ans, le contact sexuel entre hommes était la plus grande catégorie d'exposition déclarée, avec 35,1 %, 43,6 % et 43,9 % des cas, respectivement. En revanche, le contact hétérosexuel représentait 36,8 %, 46,7 % et 52,7 % des expositions déclarées dans les groupes d'âge des 30 à 39 ans, des 40 à 59 ans et des ≥60 ans, respectivement. (Figure 7, tableau de données 6).

Figure 7 : Proportion de premiers diagnostics de VIH déclarés (≥15 ans), selon la catégorie d'exposition et le groupe d'âge, Canada, 2023 ^{a,b,c}



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.

^b Il convient de noter que pour les cas du Manitoba, les renseignements recueillis en 2024 sur les relations hétérosexuelles comme voie d'exposition ou de transmission n'ont pas été recueillis d'une manière compatible avec la présentation à l'ASPC. Par conséquent, ces cas ont été classés dans d'autres catégories d'exposition, mais les relations hétérosexuelles sont un facteur important de transmission du VIH au Manitoba.

^c « Autre » comprend le sang ou produits sanguins, l'exposition professionnelle, les cas de l'Alberta identifiés par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et d'autres catégories d'exposition.

Race ou origine ethnique

Les personnes Noires ou racialisées, et les peuples autochtones rencontrent des difficultés particulières en matière d'accès à des soins de qualité, lesquelles découlent de la réalité coloniale, du racisme systémique et structurel et des iniquités sociales entre les personnes blanches et les personnes non blanches, et entre les personnes autochtones et les personnes non-Autochtones au Canada. La stigmatisation et la discrimination, le manque de confiance envers les professionnels de la santé et les services inadéquats pour les cultures en question, ou mal adaptés, sont des obstacles connus à l'accès à des soins appropriés pour le VIH parmi ces groupes (4, 30-33). La collecte de renseignements fondés sur la race ou l'origine ethnique est un élément essentiel pour reconnaître et comprendre ces disparités (34). Toutefois, l'exhaustivité et l'uniformité (ou cohérence) de ces données dans la surveillance du VIH a historiquement été sous-optimale. Actuellement, des renseignements sur la race ou l'origine ethnique sont manquants ou non-comparable pour plus de la moitié des cas des dernières années. L'examen en cours du programme national de surveillance du VIH, y compris la collecte de renseignements sur la race ou l'origine ethnique, a été entrepris pour moderniser et de renforcer la surveillance, et de mieux répondre aux besoins des utilisateurs de données. Dans le cadre de ces efforts, nous collaborons avec les contributeurs de données, les utilisateurs de données et les partenaires communautaires afin de déterminer les priorités et de veiller à ce que la collecte et la diffusion des données se fassent de manière sécurisée et dans le respect des populations les plus susceptibles d'être touchées, en réduisant les préjugés et en leur offrant un soutien adéquat.

La **race** est une construction sociale utilisée pour catégoriser les gens en fonction des différences physiques perçues (p. ex. la couleur de la peau, les traits du visage). Bien qu'il n'existe aucune preuve scientifiquement acceptée d'une base biologique pour la détermination et la classification de groupes raciaux distincts, ignorer la race ne tient pas compte de la réalité des injustices et de la stratification sociale au sein de la société. La désagrégation des indicateurs de santé en fonction de la race peut, par conséquent, nous aider à déterminer les inégalités pouvant provenir des préjugés et du racisme (systémiques, interpersonnels et intériorisés), à en faire la surveillance et à les aborder (34). La race peut être considérée comme un déterminant important de la santé qui influe sur l'équité en matière de santé, notamment en ce qui concerne le fardeau disproportionné du VIH dans certaines communautés, en particulier les communautés autochtones et noires.

L'origine ethnique est un concept multidimensionnel qui se réfère à l'appartenance à un groupe culturel. Elle peut être liée à la langue, à l'appartenance religieuse ou à la nationalité, entre autres caractéristiques. Les données sur l'origine ethnique peuvent être utiles pour adapter les services de santé à la culture et comprendre la diversité (34).

La racisation est le processus par lequel les sociétés établissent les races de manières réelles, différentes et inégales, qui touche la vie économique, politique et sociale, et qui impose ces constructions aux gens (35). Les données désagrégées par race, qui permettent d'établir le lien entre la race et d'autres déterminants sociaux de la santé, comme l'âge, le sexe et le statut socioéconomique, peuvent aider à brosser un tableau plus complet du paysage canadien du VIH et des obstacles aux soins.

« Les données désagrégées sont un outil indispensable pour comprendre comment le racisme structurel, la culture de la suprématie blanche et l'exclusion sociale causent des préjudices aux Autochtones et aux personnes racisées et maintiennent des privilèges blancs non mérités. En recueillant les identificateurs raciaux et autochtones et en nous assurant qu'ils sont utilisés de manière judicieuse en partenariat avec les personnes [autochtones, Noires ou autres personnes

racialisées], nous pourrions prendre ensemble des mesures concrètes en faveur de la santé et du bien-être au moyen de politiques, de programmes et de services autodéterminés et basés sur des données probantes. »

– Dre Danièle Behn Smith, administratrice en chef adjointe de la santé des Autochtones, ministère de la Santé, gouvernement de la Colombie-Britannique (34)

Dans les enquêtes élaborées par l'ASPC pour évaluer les répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur la prestation et l'accès aux services de santé pour les ITSS, le fardeau disproportionné et accru du VIH sur les communautés racialisées a été souligné. Concernant l'accès au soutien et le traitement pour les personnes vivant avec le VIH comme sondé entre novembre et décembre 2020 : 20,6 % des fournisseurs ayant répondu ont signalé une forte diminution de leur capacité de fournir des services. Plus de la moitié de ces fournisseurs fournissaient des services de santé ou de pratique de guérison autochtones (36). Parmi les personnes qui s'autodéclarent comme étant Noire vivant avec le VIH au Canada sondé entre mai et juillet 2021, 38 % des répondants ont indiqué avoir de la difficulté à avoir accès à un fournisseur de soins ou à une clinique spécialisée en VIH (32). Chez les répondants issus des communautés Noires, on a remarqué une expérience accrue d'insécurité financière ou alimentaire, de violence conjugale, de consommation de substances et de discrimination pendant la pandémie de la COVID-19 (32), qui ont toutes été liées à la vulnérabilité d'infection au VIH et posent des obstacles au traitement du VIH (37). Cela indique que les communautés noires continuent d'être touchées de manière disproportionnée par le VIH (38). Parmi les personnes autochtones, sondés entre mai et juillet 2021, 23,9 % de ceux qui voulaient ou tentaient d'accéder aux services de dépistage du VIH et 56,9 % de ceux qui voulaient ou tentaient d'accéder aux services communautaires n'avaient pas accès à ces services (39). De plus, l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les personnes autochtones était considérable : 48,0 % d'entre elles ont rencontré des obstacles en raison de l'indisponibilité des services de ITSS lorsque c'est nécessaire (39).

Avant 2018, toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et de la Colombie-Britannique, ont soumis certains renseignements sur la race ou l'origine ethnique. À partir de l'année de déclaration 2018, les renseignements sur la race ou l'origine ethnique sans renseignements sur l'identité autochtone (Premières Nations, Inuits, Métis) sont disponibles pour la Colombie-Britannique. En 2024, la Saskatchewan, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse ont également exclu les renseignements sur la race ou l'origine ethnique de leur soumission de données. L'exhaustivité des données soumises varie considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre. En 2024, le Québec a fourni des renseignements sur les cas de premier diagnostic entre 2015 à 2024 et, par conséquent, son nombre de cas pour 2015 à 2024 ne comprend que les premiers diagnostics au lieu de tous les cas comme les années précédentes. En raison de cette mise à jour des données historiques, la proportion d'exhaustivité déclarée au cours des années précédentes a changé. En 2023, des renseignements sur la race et/ou l'origine ethnique étaient disponibles pour 44,8 % de tous les cas soumis à l'ASPC, et en 2024, la proportion de données complètes pour les renseignements sur la race et/ou l'origine ethnique a diminué à 38,1 % (**tableau 2**).

Tableau 2 : Proportion des diagnostics de VIH avec des renseignements sur la race et l'origine ethnique dans l'ensemble national de données de la surveillance du VIH, Canada, 2015 à 2024 ^{a,b}

Année de diagnostic du VIH	Pourcentage d'exhaustivité (%)
2015	55.3%
2016	55.5%
2017	56.3%
2018	59.7%
2019	55.2%
2020	50.7%
2021	45.6%
2022	42.3%
2023	44.8%
2024	38.1%

Voir l'**annexe 2** pour plus de détails sur les catégories de race/origine ethnique déclarées par les provinces et territoires.

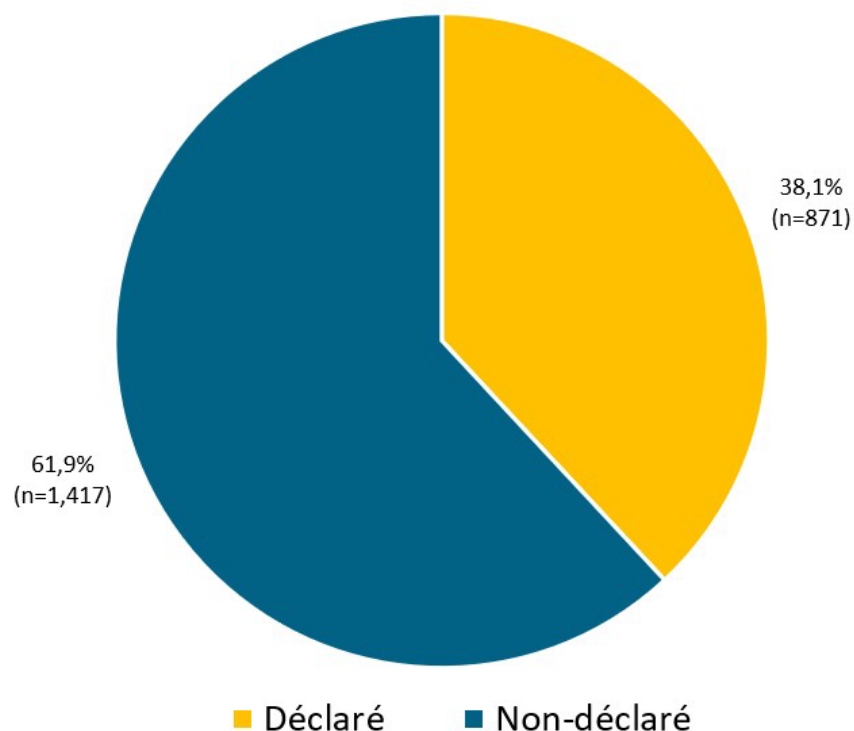
^a Les renseignements sur la race ou l'origine ethnique n'ont pas été systématiquement soumis par la Colombie-Britannique avant l'année de déclaration 2018 et ils ne sont pas soumis par le Québec ou la Nouvelle-Écosse ; Le Manitoba n'a pas fourni de renseignements sur la race ou l'origine ethnique en 2021, 2022, 2023 ou 2024 ; La Saskatchewan n'a pas fourni de renseignements sur la race ou l'origine ethnique en 2024. Le type de données soumises par les autres provinces et territoires varie considérablement, plusieurs provinces et territoires ne soumettant qu'un sous-ensemble des catégories incluses dans les tableaux et les figures et avec un degré d'exhaustivité variable. **Interpréter les données avec prudence.**

^b En raison des mises à jour des données historiques, les proportions d'exhaustivité des données pour les années précédentes ont changé et ne correspondront pas à celles publiées dans les rapports précédents (p. ex. l'exhaustivité pour 2020 était de 36,1 % dans le rapport Le VIH au Canada : Rapport de surveillance au 31 décembre 2020).

Les pratiques actuelles de déclaration des informations sur la race ou l'origine ethnique, comme les catégories utilisées, varient et sont limitées dans certaines provinces et certains territoires. À ce titre, les résultats doivent être interprétés avec **prudence**, car une partie importante des renseignements sur la race ou l'origine ethnique est manquante ou n'est pas déclarée. Ces données manquantes ne sont pas aléatoires et s'expliquent notamment par l'hésitation des personnes à déclarer ces informations et l'hésitation du clinicien à se renseigner (40), donc il se peut que les données disponibles ne soient pas représentatives des tendances nationales par race et/ou de l'origine ethnique parmi les cas de VIH au Canada. Voir l'**annexe 2** pour plus de détails sur les catégories de race ou d'origine ethnique déclarées par provinces et territoires.

En 2024, sur l'ensemble des cas (n = 2 288), il n'y a eu que 871 cas où la race ou l'origine ethnique a été déclarée, ce qui représente seulement 38,1 % des cas pour lesquels cette information était disponible. (**Figure 8a**).

Figure 8a : Déclaration des données sur la race et/ou l'origine ethnique pour **tous les cas**, 2024 (n=2 288) ^a



Consultez l'**annexe 2** pour obtenir des détails sur les catégories de race et d'origine ethnique déclarées par les provinces et les territoires.

^a Les renseignements sur la race et/ou l'origine ethnique ne sont pas soumis par le Québec, le Manitoba ou la Nouvelle-Écosse. Pour la Colombie-Britannique, les données sur l'identité autochtone n'ont pas été incluses dans les données soumises pour la race et/ou l'origine ethnique. Pour les autres régions, les catégories de race et/ou d'origine ethnique soumises et le taux d'exhaustivité variaient. **Il convient d'interpréter les données avec prudence.**

Parmi les cas où la race et/ou l'origine ethnique ont été déclarées (n = 871), les proportions doivent être interprétées avec prudence, car elles ne représentent que les cas où la race et/ou l'origine ethnique ont été déclarées, pour 2024. De ce nombre, 31,6 % étaient des personnes Noires, 25,4 % des personnes blanches et 7,1 % des personnes autochtones (6,1 % Premières Nations, 0,3 % Inuits, 0,7 % Métis et 0,0 % Autochtones – non-précisé autrement). La proportion de personnes s'identifiant comme Autochtones est sous-estimée, car les renseignements sur la race ou l'origine ethnique n'ont pas été inclus dans toutes les soumissions de données. Historiquement, la plupart des personnes nouvellement diagnostiquées séropositives en Saskatchewan se sont identifiées comme Autochtones (41). Parmi les personnes de sexe masculin ayant des données sur la race ou l'origine ethnique, la plus grande proportion de cas a été déclarée par les personnes blanches (28,4 %), suivies par les personnes Noires (21,7 %). En comparaison, chez les personnes de sexe féminin, la plus grande proportion de cas signalés était noire (55,0 %), suivie des femmes blanches (18,2 %) (**tableau 3 – figure 8b**).

Les recherches et les données locales de surveillance de la santé publique ont révélé de façon constante que les communautés autochtones et racialisées, les communautés noires en particulier, sont touchées de façon disproportionnée par le VIH, mais la faible disponibilité des renseignements sur la race ou l'origine ethnique recueillie par l'entremise du SSVS limite la capacité de produire ces données probantes au niveau national. La disponibilité de cette information à l'échelle nationale pourrait éclairer les recherches, les politiques et les pratiques futures et permettre une comparaison avec d'autres pays. Grâce à un effort de collaboration avec les membres de la communauté, le Groupe de travail d'experts des communautés Noires Groupe de travail (GTEN) et le Groupe de travail sur la surveillance du VIH et la syphilis des Premières Nations, Inuit, et Métis (GT-PNIM) ont été mis sur pied, qui fournissent des conseils continus au SSVS et contribuent à l'élaboration conjointe et à la mise en œuvre de stratégies visant à améliorer l'exhaustivité des données sur l'identité autochtone et la race et/ou l'origine ethnique. Les objectifs sont les suivants : 1) aider à éclairer et à soutenir la façon dont les provinces et les territoires recueillent ces données (en fonction des besoins de chaque province et territoire) ; 2) rétablir la confiance en démontrant l'engagement de l'ASPC à poursuivre l'élaboration d'approches antiracistes et décoloniales, en partenariat avec les provinces, les territoires et les groupes communautaires, ce qui renforcera la confiance des provinces et des territoires dans l'utilisation appropriée des données qu'ils partagent avec l'ASPC ; 3) donner accès à des données plus complètes et de meilleure qualité, qui permettront à leur tour d'élaborer des données probantes et des programmes de prévention mieux adaptés. En plus des données sur l'identité autochtone et la race ou l'ethnicité, le SSVS collabore avec un groupe de travail établi pour les personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète de l'utilisation de drogues injectables, et avec le Centre de recherche communautaire (CBRC) concernant l'amélioration des données sur le sexe, le genre et la diversité sexuelle.

Tableau 3 : Nombre et répartition en pourcentage parmi les premiers cas de VIH où la race et/ou l'origine ethnique sont déclarées, selon le sexe et la race ou origine ethnique, Canada, 2024 ^{a,b,c,d,e,f,g}

Race ou origine ethnique ^{c,d,e,f}	Les cas dont la race ou l'origine ethnique est déclarée ^a					
	Sexe masculin		Sexe féminin		Total ^b	
	n	%	n	%	n	%
Autochtones ^g	32	5.3	30	11.6	62	7.1
a) Premières Nations	28	4.6	25	9.7	53	6.1
b) Métis	3	0.5	3	1.2	6	0.7
c) Inuits	1	0.2	2	0.8	3	0.3
d) Autochtone, non précisé autrement	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Asie du Sud/de l'Ouest/Arabe	110	18.1	19	7.4	130	14.9
Asiatiques	54	8.9	6	2.3	60	6.9
Noirs	132	21.7	142	55.0	275	31.6
Latino/a/e/x	92	15.1	10	3.9	102	11.7
Blancs	173	28.4	47	18.2	221	25.4
Autre race ou origine ethnique	16	2.6	4	1.6	21	2.4

Nombre total de cas où la race et/ou l'origine ethnique ont été déclarées	609	s.o.	258	s.o.	871	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 par provinces et territoires.

^a Proportion du nombre total de cas déclarés pour lesquels la race ou l'origine ethnique a été déclarée (n = 871). Les cas où la race ou l'origine ethnique n'a pas été déclarée ont été exclus des calculs et du tableau.

^b Le nombre total de cas comprend les cas déclarés comme personnes transgenres et les cas pour lesquels le sexe n'a pas été déclaré, tandis que les colonnes « homme » et « femme » excluent ces cas.

^c Le Québec, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan n'ont pas fourni de renseignements sur la race ou l'origine ethnique. Pour la Colombie-Britannique, les données sur l'identité autochtone n'ont pas été incluses dans les données soumises pour la race et/ou l'ethnicité. Le type de données soumises par les autres provinces et territoires varie considérablement, plusieurs provinces et territoires ne soumettant qu'un sous-ensemble des catégories incluses dans les tableaux et les figures et avec des degrés d'exhaustivité variables. Interprétez ces données avec prudence.

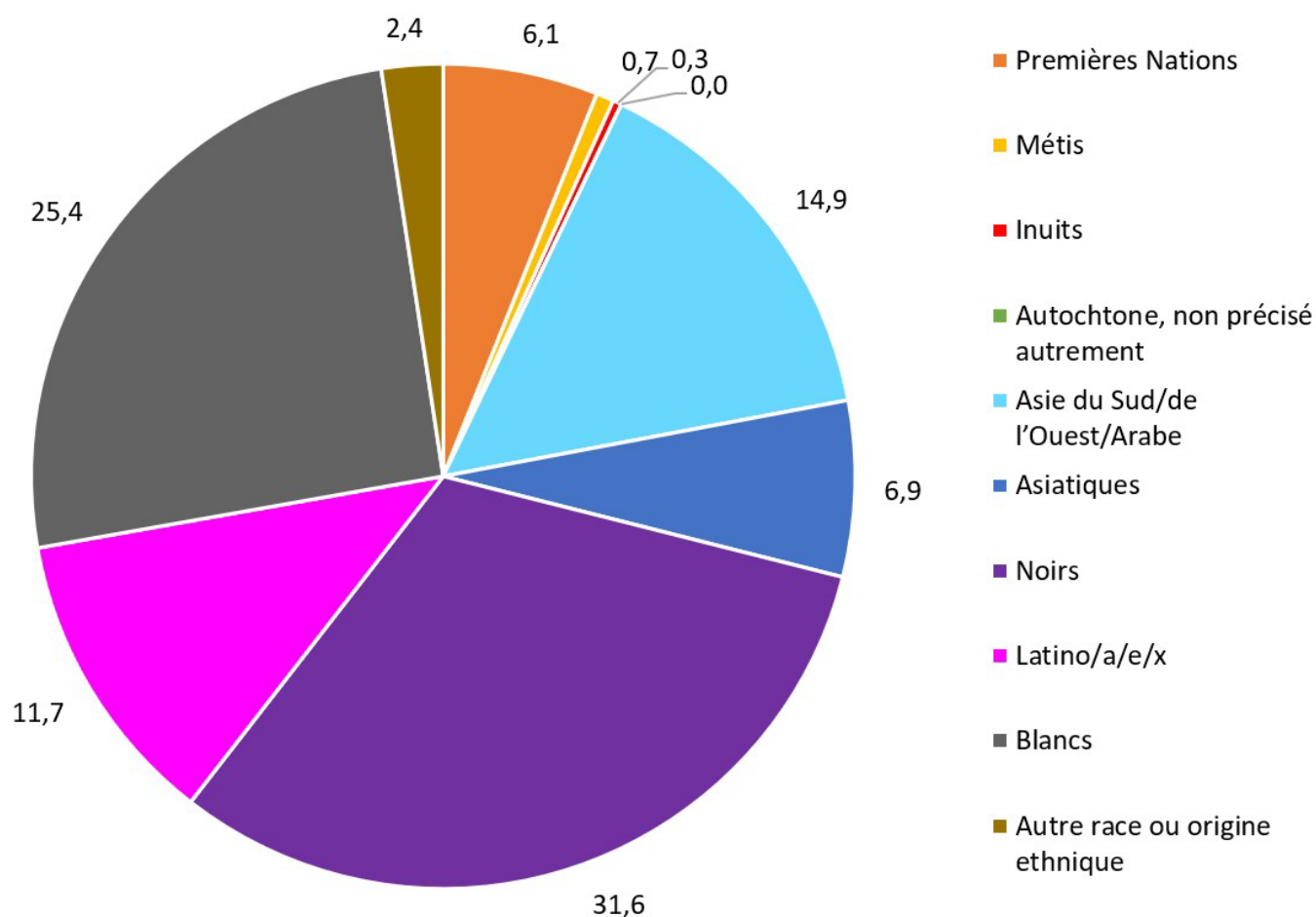
^d En raison de la faible exhaustivité des renseignements sur la race ou l'origine ethnique, pour chaque catégorie, ces chiffres devraient être considérés comme des nombres minimaux et pourraient être plus élevés avec des données plus complètes.

^e La déclaration de plusieurs races ou ethnies est déterminée par chaque province ou territoire.

^f La SSAS reconnaît que ces catégories de race ou d'origine ethnique sont vastes et peuvent être homogénéisantes.

^g La catégorie autochtone est la somme des catégories des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones, non précisées ailleurs.

Figure 8b : Répartition (%) des premiers diagnostics de VIH parmi les cas où la race et/ou l'origine ethnique sont déclarées (n=871), Canada, 2024 ^a



Voir l'**annexe 2** pour plus de détails sur les catégories de race/origine ethnique déclarées par provinces et territoires.

^a Les renseignements sur la race ou l'origine ethnique ne sont pas soumis par le Québec, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse ou la Saskatchewan ; Pour les autres administrations, les catégories de race ou d'origine ethnique soumises et le taux d'achèvement varient ; interpréter les données avec prudence.

Tous les diagnostics : premiers diagnostics et positifs antérieurs par province/territoire

Bien que la déclaration des premiers diagnostics de VIH fournisse une meilleure indication de la transmission du VIH au pays et soit utile pour l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions préventives, elle ne rend pas compte de l'évolution du fardeau du VIH au Canada. Les personnes ayant déjà reçu un diagnostic de VIH ailleurs peuvent déménager dans une nouvelle administration et recevoir des soins, ce qui augmente le besoin de ressources dans cette région. Par conséquent, des données sur les premiers diagnostics et diagnostics antérieurs du VIH sont nécessaires pour déterminer le fardeau du VIH afin de planifier des programmes de traitement efficaces et d'évaluer les progrès du Canada dans l'atteinte de ses cibles 95-95-95. Les données sur les diagnostics de VIH positifs antérieurs de 2020 à 2024 ainsi que sur le nombre de tout premiers diagnostics de VIH sont présentées ci-dessous (**figure 9, tableau de données 7**). Lors de l'examen de ces données, il est important de tenir compte des variations provinciales et territoriales dans les tendances des diagnostics de VIH, car l'épidémiologie du virus varie selon les régions. Bien que des augmentations du nombre de premiers diagnostics aient été observées entre 2020 et 2024 dans la plupart des provinces et territoires, la tendance du nombre de cas diagnostiqués antérieurement a varié, certains signalant des augmentations et d'autres des diminutions. De même, la part des diagnostics de VIH déclarés attribués à des cas diagnostiqués précédemment variait également d'une province ou d'un territoire à l'autre, certaines provinces et certains territoires déclarant une proportion plus faible – comme la Colombie-Britannique et le Manitoba – et d'autres une proportion plus élevée – comme le Québec et l'Alberta (**figure 9, tableau de données 7**).

Figure 9 : Volume des premiers diagnostics et des cas déjà diagnostiqués selon la province ou le territoire, 2020-2024 ^{a,b}



^a À partir de 2019, la Saskatchewan ne déclare que les cas diagnostiqués pour la première fois en fonction de l'année du dépistage, qui est l'année de déclaration pour ce cas de VIH. Les cas positifs antérieurs signalés par d'autres administrations à l'extérieur de la Saskatchewan (y compris le DAE) sont consignés dans la base de données sur la santé publique du SK en matière de VIH (Panorama), mais ces données ne sont pas extraites ou partagées avec l'ASPC.

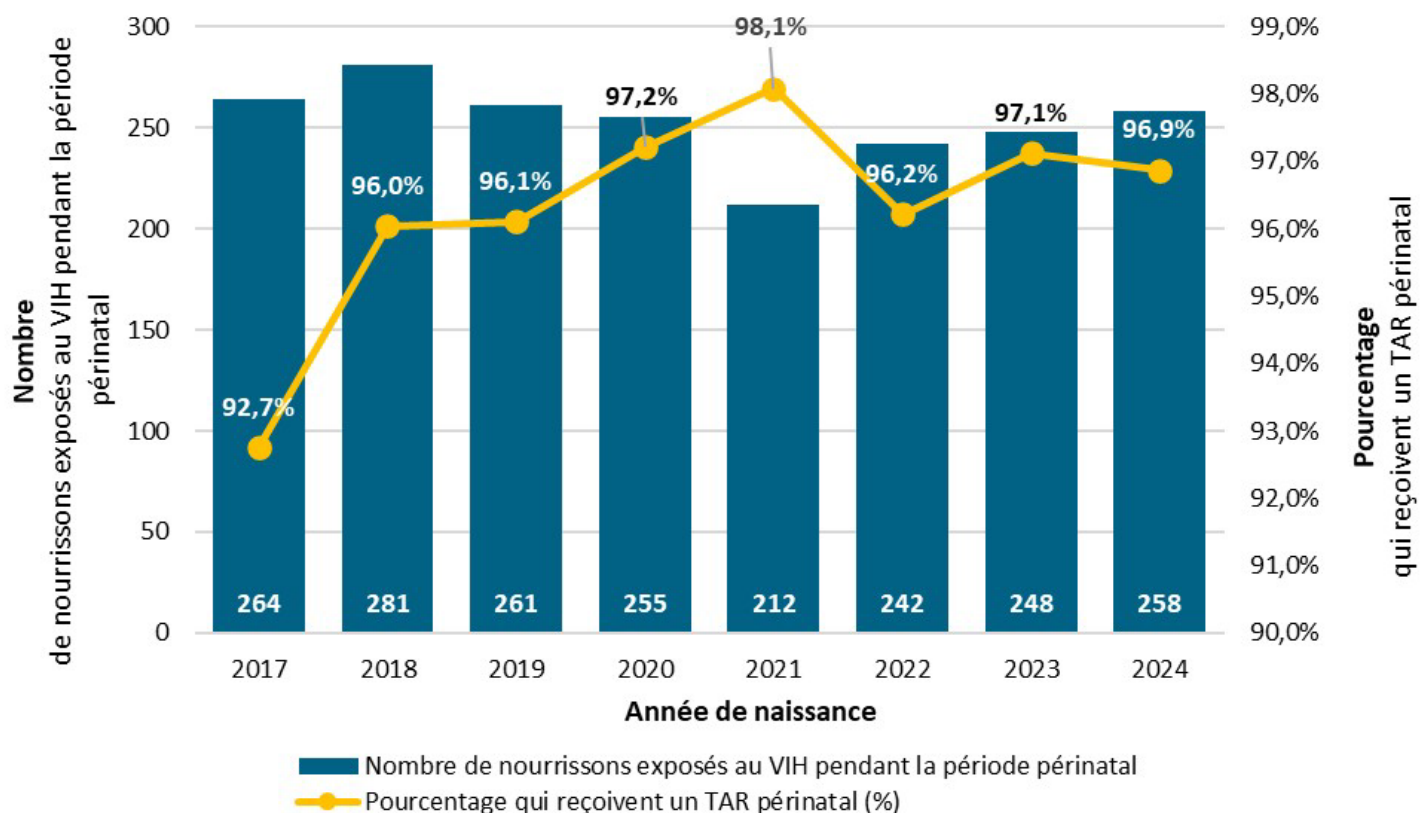
^b La classification des cas positifs antérieurs présentée ici pour ON diffère de la méthodologie nationale utilisée pour classer ces cas pour d'autres provinces et territoires – le nombre de cas positifs précédents pour ON peut inclure certains cas en double et peut être une surestimation du nombre de cas positifs antérieurs.

Données de surveillance supplémentaires

Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC)

En 2024, 258 nourrissons ont été exposés au VIH pendant la période périnatale et une nouvelle infection périnatale a eu lieu lors d'un accouchement au Canada. Le nourrisson est né de personnes qui n'ont reçu aucun traitement antirétroviral (TAR) pendant leur grossesse. Depuis 2017, le nombre d'expositions périnatales a varié entre 212 et 281, avec une moyenne de 253 expositions périnatales par an. Pour chaque année de naissance, entre 1 et 11 enfants sont diagnostiqués comme ayant contracté le VIH périnatal au Canada ; cependant, la plupart de ces enfants sont nés à l'extérieur du Canada, et seule une minorité est née au pays. Bien que le nombre **d'expositions** périnatales ait fluctué d'une année à l'autre, il y a eu une diminution de 264 expositions en 2017 à 258 en 2024 (**figure 10**). La proportion de femmes et d'autres personnes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu un TAR pendant leur grossesse en 2024 était de 96,9 %, ce qui était légèrement supérieur à la moyenne entre 2017 et 2022 (96,1 %; fourchette de 92,7 % à 98,1 %), et légèrement inférieur à 2023 (97,1 %) (**figure 10**). Malgré une diminution du nombre de nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale pendant la pandémie en 2021, la proportion de personnes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu un TAR pendant la grossesse demeure constante. D'autres résultats du PSSPC se trouvent dans le tableau de données 8.

Figure 10 : Nombre de nourrissons exposés au VIH à l'état périnatal et proportion de mères et de personnes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu une thérapie antirétrovirale prénatale, par année de naissance, Canada, 2017 à 2024 (comprend les enfants nés à l'extérieur du Canada qui ont contracté le VIH durant la période périnatale) ^a



Source : PSPVC

Abréviations : TAR, Traitement antirétrovirale

^a La proportion de mères ou de personnes enceintes ayant reçu un TAR exclut les personnes enceintes dont le statut TAR périnatal est inconnu. Les nourrissons nés de personnes enceintes dont le statut périnatal est inconnu sont inclus dans le nombre total de nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale.

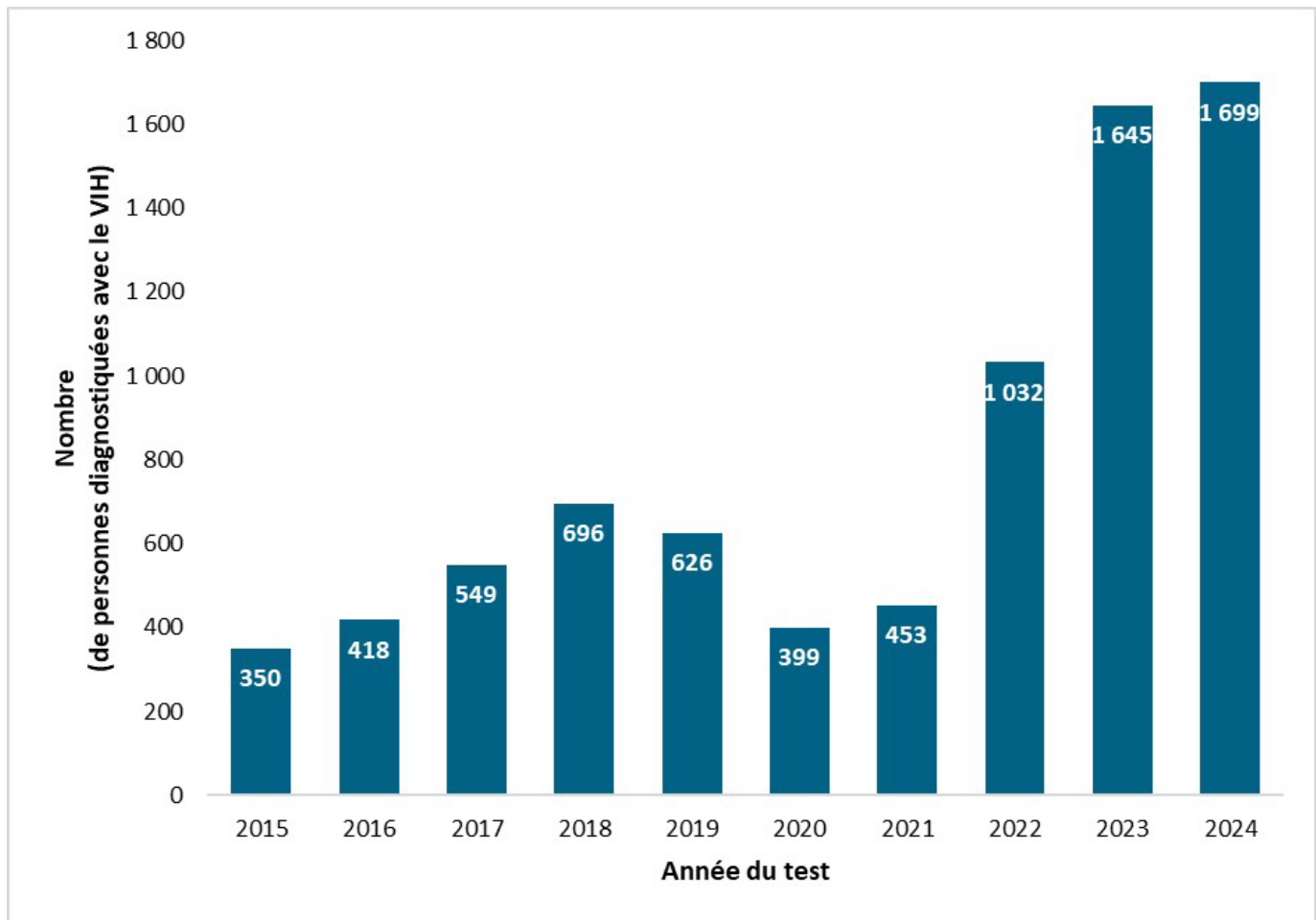
Cas de VIH identifiés grâce à l'examen médical aux fins d'immigration

Un nombre réduit de migrants (immigrants, réfugiés et résidents temporaires) ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH lors d'un examen médical de l'immigration (EMI) au Canada ou à l'étranger en 2024 par rapport à 2023. Moins de migrants ont été testés positifs au VIH lors d'un EMI à l'étranger en 2024 par rapport à 2023. En 2024, un total de 3 167 migrants ont été testés positifs au VIH, dont 1 699 ont été diagnostiqués au Canada. Cela représentait 0,34 % de tous les EMI réalisés au Canada, une proportion supérieure aux niveaux prépandémiques (0,24 % en 2019). En 2023, une proportion élevée a été observée (0,37 %), où 1 645 migrants ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH au Canada. Sur l'ensemble des migrants ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH pendant l'EMI en 2024, les proportions de migrants ayant obtenu un résultat positif à l'étranger (46,4 %) et au Canada (53,6 %) sont demeurées similaires par rapport à l'année précédente (en 2023), où 48,5 % ont obtenu un résultat positif à l'étranger et 51,5 % au Canada (**tableau de données 9**). Bien que les EMI puissent être effectués au Canada ou à l'étranger, cela n'a aucun lien avec le moment ou l'endroit où la personne a contracté le VIH.

Au total, 7 867 personnes ont obtenu un résultat positif à un test de dépistage des EMI effectué au Canada au cours des 10 dernières années (2015-2024) (fourchette : de 350 à 1 699) (**figure 11**). Entre 2015 et 2024, parmi les demandeurs ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH lors d'un EMI au Canada, les hommes représentaient une proportion plus élevée, soit 59,3 % (n = 4 654). Dans l'ensemble, tant chez les hommes que chez les femmes, les migrants du groupe d'âge de 30 à 39 ans représentaient la plus forte proportion de tests positifs, soit 37,6 % (n = 2 957). Viennent ensuite le groupe des 40 à 49 ans (n = 2 025) et le groupe des 20 à 29 ans, 18,9 % (n = 1 490) (**tableau de données 10**).

Parmi les EMI effectués au Canada entre 2015 et 2024 où le VIH a été détecté, 50,3 % l'ont été en Ontario, 28,3 % au Québec, 8,9 % en Alberta et 7,8 % en Colombie-Britannique. Parmi les avis de santé publique d'IRCC pour les EMI effectués au Canada en 2024, 49,4 % ont été envoyés à l'Ontario.

Figure 11 : Nombre de migrants dont le test de dépistage du VIH a été positif lors d'un examen médical d'immigration effectué au Canada, 2015 à 2024 ^{a,b}



Source : IRCC

^a Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et Système mondial de gestion des cas (SMGC) d'IRCC à partir de juillet 2025. 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 ou la date de fermeture de la demande pour les individus sans une date d'arrivée.

Abréviations : SMGC, Système mondial de gestion des cas

Cas de sida

Le sida désigne le stade le plus avancé de la maladie causée par le VIH. Au total, 84 cas de sida ont été signalés en 2024 (**tableau 4**). Entre 2015 et 2024, 1 355 cas de sida ont été déclarés à l'ASPC. Le nombre de diagnostics de sida a diminué tant chez les personnes de sexe masculin que chez celles de sexe féminin entre 2015 et 2021 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://maladies.canada.ca). Voir la **figure A3 (annexe 2)** pour obtenir des renseignements sur les rapports actuels sur les cas de sida.

Au fil des ans, les pratiques de déclaration du sida ont changé et une diminution notée de la déclaration du sida depuis 2015 peut être due en partie à une réduction des déclarations par les autorités de santé publique des PT. Récemment, il y a eu un changement dans la manière de déclarer le sida; il est déclaré en tant que stade de l'infection par le VIH, plutôt que diagnostic distinct. Les stades de l'infection par le VIH sont déterminés par le dénombrement des cellules CD4 (un indicateur de la santé du système immunitaire) ou par la présence de conditions caractéristiques du sida, comme la pneumonie récurrente. Cette méthode de surveillance du VIH a déjà été mise en œuvre dans certaines provinces et certains territoires, ainsi que dans d'autres juridictions à l'échelle internationale. Pour les déclarations à venir, le SSVS consultera les provinces et territoires sur la façon de déclarer les données sur le stade de l'infection par le VIH plutôt que les diagnostics de sida exclusivement.

Tableau 4 : Nombre de cas de sida (tous les âges), selon le sexe et l'année de diagnostic, dans les provinces et territoires canadiens déclarants, 2015 à 2024 ^{a,b}

Année du diagnostic	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
2014	163	49	213
2015	138	52	193
2016	119	38	158
2017	110	28	139
2018	83	23	106
2019	86	38	124
2020	83	16	100
2021	73	28	102
2022	98	34	136
2023	58	26	84
Total	1 011	332	1 355

^a Le nombre total de cas comprend les cas déclarés comme personnes transgenres et les cas où le sexe n'a pas été déclaré, alors que les colonnes « sexe masculin » et « sexe féminin » 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 de la Statistique de l'état civil de Statistique Canada (SC), 1 421 décès ont été attribués au VIH au Canada entre 2015 et 2024. Alors que le nombre de décès attribués au VIH est passé de 192 en 2015 à 105 en 2019, il est passé à 137 en 2022 et a diminué depuis. Pendant ce temps, le taux de mortalité par VIH chez les personnes âgées de 15 ans et plus est passé de 0,6 pour 100 000 en 2015 à 0,4 pour 100 000 en 2020 et est resté constant à 0,4 pour 100 000 à partir de 2020. Parmi les personnes âgées de 15 ans et plus, 74,2 % (n = 95) des décès attribuables au VIH sont survenus chez des personnes de sexe masculin. Bien que le nombre de décès chez les personnes de sexe masculin et les personnes de sexe féminin ait diminué depuis 2015, la proportion de décès chez les personnes de sexe féminin par rapport aux personnes de sexe masculin a diminué, passant de 31,3 % (n = 60) en 2015 à 18,4 % (n = 25) en 2020, puis a augmenté à 25,8 % (n = 33) en 2024 (**Tableau 5 et Tableau 6**). La plus grande proportion de décès demeure chez les personnes âgées de 40 à 59 ans et de ≥60 ans, la proportion de personnes âgées de 40 à 59 ans

ayant diminué de 56,3 % (n = 71) en 2023 à 44,5 % (n = 57) en 2024. La proportion de décès chez les personnes âgées de 60 ans et plus est passée de 25,5 % (n = 49) en 2015 à 37,5 % (n = 51) en 2020 et a fluctué avant d'augmenter à 44,5 % (n = 57) en 2024 ; La proportion de décès chez les personnes âgées de 30 à 39 ans a fluctué entre 2015 (9,9 %, n = 19) et 2024 (10,2 %, n = 13). Alors que les taux de mortalité liés au VIH chez les personnes âgées de ≥60 ans, de 40 à 59 ans et de 30 à 39 ans ont diminué de 2015 à 2019 et ont fluctué de 2019 à 2024, les taux de mortalité des autres groupes d'âge ont fluctué pendant toute la période. À l'exception du groupe d'âge des ≥60 ans, qui a connu une augmentation de 0,4 pour 100 000 en 2023 à 0,5 pour 100 000 en 2024, les taux de mortalité pour les autres groupes d'âge sont restés stables ou ont diminué de 2023 à 2024 (**Tableau 7**).

Tableau 5 : Nombre de décès attribués à l'infection par le VIH, selon l'âge au décès et le sexe, Canada, 2015 à 2024

Groupe d'âge	Sexe masculin		Sexe féminin		Total
	n	%	n	%	n
Moins de 15 ans	0	0	1	100	1
15 ans ou plus	1 077	76.5	330	23.5	1 420
Total	1 077	76.5	331	23.5	1 421

Source : SC
Abréviations : n, nombre

Tableau 6 : Nombre de décès et taux de mortalité par sexe attribuables à l'infection au VIH (≥ 15 ans), selon le sexe, Canada, 2015 à 2024 ^{a, b}

Année du décès	Sexe masculin		Sexe féminin		Total	
	n	Taux	n	Taux	n	Taux
2015	131	0,9	60	0,4	192	0,6
2016	132	0,9	40	0,3	174	0,6
2017	118	0,8	25	0,2	143	0,5
2018	110	0,7	30	0,2	142	0,5
2019	81	0,5	24	0,2	105	0,3
2020	109	0,7	25	0,2	136	0,4
2021	108	0,7	27	0,2	137	0,4
2022	104	0,6	30	0,2	137	0,4
2023	89	0,5	36	0,2	126	0,4
2024	95	0,5	33	0,2	128	0,4
Total	1 077		330		1 420	

Source : SC

^a En raison de l'amélioration de la méthodologie et de l'actualité de Statistique Canada, la durée de la collecte des données a été raccourcie par rapport aux années précédentes. Par conséquent, il se peut que moins de décès aient été

saisis au moment de la diffusion des données de la BCDECD. Les données de 2024 devraient être considérées comme préliminaires

^b Exclut les cas où l'âge n'est pas déclaré ou est inconnu.

Tableau 7 : Nombre de décès et taux de mortalité attribués à l'infection au VIH pour 100 000 personnes, par groupe d'âge, Canada, 2015 à 2024

	2014			2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021			2022			2023		
	n	%	Taux	n	%	Taux	n	%	Taux	n	%	Taux	n	%	Taux	n	%	Taux	n	%	Taux	n	%	Taux	n	%	Taux	n	%	Taux
Enfants < 15 ans	0	0.0	0.0	1	0.6	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
15 à 19 ans	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
20 à 24 ans	1	0.5	0.0	1	0.6	0.0	3	2.1	0.1	0	0.0	0.0	1	1.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	1	0.7	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
25 à 29 ans	1	0.5	0.0	4	2.3	0.2	2	1.4	0.1	2	1.4	0.1	1	1.0	0.0	2	1.5	0.1	4	2.9	0.1	5	3.6	0.2	2	1.6	0.1	1	0.8	0.0
30 à 39 ans	19	9.9	0.4	23	13.1	0.5	11	7.7	0.2	19	13.4	0.4	11	10.5	0.2	15	11.0	0.3	14	10.2	0.3	22	16.1	0.4	11	8.7	0.2	13	10.2	0.2
40 à 59 ans	122	63.5	1.2	108	61.7	1.1	72	50.3	0.7	78	54.9	0.8	59	56.2	0.6	68	50.0	0.7	78	56.9	0.8	57	41.6	0.6	71	56.3	0.7	57	44.5	0.6
≥ 60 ans	49	25.5	0.6	38	21.7	0.5	55	38.5	0.6	43	30.3	0.5	33	31.4	0.4	51	37.5	0.5	41	29.9	0.4	52	38.0	0.5	42	33.3	0.4	57	44.5	0.5
Total	192	s.o.	s.o.	175	s.o.	s.o.	143	s.o.	s.o.	142	s.o.	s.o.	105	s.o.	s.o.	136	s.o.	s.o.	137	s.o.	s.o.	137	s.o.	s.o.	126	s.o.	s.o.	128	s.o.	s.o.

Source : SC
Abréviations : n, nombre, s.o., sans objet

Discussion

En 2024, il y a eu 2 288 premiers diagnostics au Canada. Bien qu'il s'agisse d'une diminution du nombre de diagnostics de VIH depuis 2023, ce nombre reste supérieur au nombre de diagnostics de VIH observé chaque année avant la pandémie de COVID-19. Bien que le taux de diagnostic de VIH ait fluctué au cours des années précédentes, le taux de diagnostic de VIH de 5,5 pour 100 000 en 2024 marque la première baisse après quatre années consécutives d'augmentation depuis 2020 (3,5 pour 100 000). Malgré cette diminution, le taux reste supérieur aux taux de diagnostic pré-pandémiques entre 2015 et 2019 (intervalle : 4,6 à 4,9 pour 100 000). Bien que le taux de diagnostics ait diminué chez les personnes de sexe masculin (7,2 pour 100 000), le taux de diagnostics chez les personnes de sexe féminin est demeuré constant (3,8 pour 100 000).

Faire la distinction entre les premiers diagnostics positifs et les diagnostics positifs antérieurs permet de produire des rapports et des analyses plus précis. Par exemple, une analyse menée en 2019 a montré que les cas diagnostiqués antérieurement peuvent déformer les tendances épidémiologiques. Entre 2014 et 2017, le nombre déclaré de nouveaux diagnostics de VIH a augmenté à 16 %. Cependant, après que les cas diagnostiqués précédemment aient été identifiés et retirés des données, l'augmentation était tombée à 9 %. Cette distinction est précieuse pour fournir une représentation précise de la transmission du VIH au Canada (22). Cette distinction permet de mieux comprendre l'épidémiologie et la transmission du VIH pour la planification des interventions de prévention. Bien que les données de surveillance pour 2020-2024 ne comprennent que les premiers diagnostics, les provinces et les territoires n'ont pas tous été en mesure de fournir des données sur les premiers diagnostics avant 2020. Il y a également eu une variation régionale importante dans la proportion de nouveaux diagnostics classés comme positifs antérieurs depuis la pandémie, certaines administrations ayant signalé que jusqu'à 53,8 % de tous les cas signalés en 2024 avaient déjà été diagnostiqués, tandis que d'autres en ont déclaré très peu. Par conséquent, les tendances antérieures à 2020 doivent être interprétées avec prudence, et des détails supplémentaires sur l'état de la déclaration des premiers diagnostics par province et territoire se trouvent à l'**annexe 2**.

Le taux de diagnostics de VIH au Canada de 5,5 pour 100 000 était inférieur à celui du Royaume-Uni (8,7 pour 100 000) et de la France (6,9 pour 100 000) (42) et supérieur à celui de l'Australie (2,8 pour 100 000) (43). En ce qui concerne les tendances, la baisse du nombre de premiers diagnostics de VIH au Canada en 2020, suivie d'augmentations consécutives jusqu'en 2023 et d'une baisse subséquente en 2024, était conforme aux tendances observées dans des systèmes internationaux comparables de surveillance du VIH. Par exemple, des tendances similaires ont été observées en Angleterre où les diagnostics de VIH sont passés de 2 240 en 2020 à 2 838 en 2023, suivis d'une légère diminution à 2 773 en 2024 (44, 45). Aotearoa Nouvelle-Zélande a également atteint un pic du nombre de diagnostics de VIH en 2016, suivi d'une baisse jusqu'en 2021. Après des augmentations consécutives en 2022 et 2023, le nombre de diagnostics a légèrement diminué pour atteindre 95 en 2024 (46). En Australie, le nombre de diagnostics de VIH a diminué à 542 en 2021, avant d'augmenter chaque année pour atteindre 757 en 2024 (43). Les diminutions en 2020 étaient probablement dues aux perturbations des services cliniques (36) et à l'hésitation à accéder à ces services (47) ; les augmentations ultérieures ont été affectées par un accès accru au dépistage du VIH après les premiers stades de la pandémie (48). Bien que les données sur le dépistage du VIH pour 2024 n'aient pas été disponibles pour la Nouvelle-Zélande et l'Australie, le nombre de tests de dépistage du VIH effectués en Angleterre a diminué à 927 251 en 2020 et a augmenté chaque année pour atteindre 1 318 795 en 2024, ce qui indique un retour aux niveaux de dépistage du VIH d'avant la pandémie (49). D'autres années de données sont nécessaires pour examiner les tendances après la pandémie.

Les fluctuations du dépistage du VIH dans les laboratoires provinciaux de santé publique au fil du temps, avec des diminutions pendant la pandémie de COVID-19 suivies d'augmentations subséquentes, sont probablement dues à des obstacles à l'accès aux services de santé sur les ITSS. Bien que le dépistage du VIH ait augmenté par la suite, des obstacles à l'accès aux services de santé sur les ITSS subsistent. Au Manitoba, le nombre de tests de dépistage du VIH a diminué à 117 885 en 2020 avant de remonter progressivement à 145 698 en 2024, dépassant les niveaux de 2019 avant la pandémie (50). De même, en Colombie-Britannique, le nombre de tests de dépistage du VIH a diminué à 350 382 en 2020 et est passé à 394 001 en 2024, ce qui se situe dans la fourchette observée avant la pandémie (fourchette : 330 978 à 430 182) (51). Des recherches antérieures examinant l'effet du dépistage du VIH lié à la pandémie et de la réduction des services de prévention ont révélé un potentiel de transmission accrue du VIH pendant la pandémie de COVID-19, comme le montrent une étude de modélisation menée dans 32 villes américaines et une étude phylogénétique dans des populations clés touchées de manière disproportionnée par le VIH en Colombie-Britannique (52, 53).

La collecte de données sur la race et/ou l'ethnicité et d'autres caractéristiques sociales est un élément clé pour reconnaître les disparités dans l'accès aux soins de santé, ainsi que pour comprendre le fardeau disproportionné du VIH sur des populations particulières (34). La proportion de cas en 2024 pour lesquels des données sur la race ou l'origine ethnique étaient disponibles est restée faible, à 38,1 %. Cette faible exhaustivité est attribuable à diverses raisons dans les provinces et les territoires, allant de la collecte limitée de ces renseignements aux restrictions sur la capacité de soumettre ces données au programme national de surveillance du VIH. De plus, les catégories utilisées pour recueillir les renseignements sur la race ou l'origine ethnique varient d'une province ou d'un territoire à l'autre. Ce manque de données empêche les utilisateurs des données de surveillance du VIH d'identifier avec précision les disparités dans le fardeau du VIH dans des populations particulières et de comprendre l'ampleur des besoins en matière de prévention et de soins pour ces populations. L'un des objectifs du travail de renouvellement actuellement mené par le programme national de surveillance du VIH consiste à améliorer la collecte de données fondées sur la race grâce à une collaboration continue avec les fournisseurs de données provinciaux, territoriaux et fédéraux ainsi qu'avec les membres de la communauté, les organisations et d'autres utilisateurs de données. Il s'agit notamment de collaborer avec le Groupe de travail d'experts noirs pour la surveillance nationale du VIH et le Groupe de travail des Premières Nations, des Inuits et des Métis pour la surveillance nationale du VIH et de la syphilis, et de veiller à ce que la collecte de données soit effectuée en toute sécurité et de manière à soutenir les communautés touchées de manière disproportionnée par le VIH.

Parmi les répondants des [Premières Nations](#) à l'enquête biocomportementale sur le VIH « Tracks » en Alberta et en Saskatchewan de 2018 à 2020, 81,9 % des répondants ont déclaré avoir accès à des soins de santé primaires, mais seulement 36,4 % ont déclaré avoir utilisé des services qui comprenaient des pratiques de santé ou de santé autochtones, et seulement 37,3 % ont déclaré avoir reçu des conseils en prévention des ITSS au cours des douze mois précédents (18). En ce qui concerne le dépistage du VIH dans les communautés des Premières Nations participantes de l'Alberta et de la Saskatchewan, 62,8 % des personnes ont déclaré avoir déjà subi un test de dépistage du VIH (18). Au cours de la même période, 18,3 % ont déclaré éviter les services de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination (18).

Des enquêtes biocomportementales similaires menées de 2017 à 2019 auprès de [personnes au Canada qui utilisent les drogue par injection](#) ont révélé que 11,6 % des participants ont déclaré s'être injecté avec des aiguilles ou des seringues usagées au cours des six derniers mois, et 38,0 % ont déclaré s'être injecté avec d'autres équipements d'injection usagés, tels que des filtres, des réchauds ou des écouvillons (17). Les répondants à l'enquête ont également déclaré avoir utilisé des services de réduction des méfaits, 90,1 %

d'entre eux ayant utilisé un programme de distribution d'aiguilles ou de seringues et 13,5 % un site d'injection supervisée ou de consommation au cours des douze mois précédents (17). De plus, 90,5 % des personnes qui s'injectent des drogues ont déclaré avoir déjà subi un test de dépistage du VIH (17).

Une étude menée entre 2015 et 2019 auprès d'hommes hétérosexuels Noirs à Ottawa et à Windsor, en Ontario, a observé une probabilité plus faible de diagnostic de VIH chez les utilisateurs de condom, ainsi qu'une probabilité accrue de diagnostic de VIH chez ceux sans diplôme d'études secondaires et chez ceux qui ont de la difficulté à accéder aux soins de santé sexuelle (54). Des analyses supplémentaires de la même cohorte ont indiqué que 55,0 % des hommes hétérosexuels noirs de Windsor et 70,2 % d'Ottawa ont déclaré avoir eu au moins un partenaire sexuel occasionnel féminin au cours de l'année précédente, et seulement 32,1 % et 34,3 %, respectivement, ont déclaré avoir toujours utilisé des condoms avec ces partenaires (55). La proportion d'adolescents afro-canadiens de la Colombie-Britannique déclarant avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours de la dernière année n'a pratiquement pas changé, passant de 51,1 % en 2003 à 54,2 % en 2018, mais la proportion de ceux qui ont déclaré ne pas avoir utilisé de condom lors de leur dernier rapport sexuel est passée de 31,1 % en 2003 à 48,4 % en 2018. Les participants qui avaient subi des violences sexuelles, de la discrimination raciale ou sexuelle, ou qui avaient déclaré des niveaux inférieurs de sécurité perçue dans le quartier étaient plus susceptibles de s'engager dans des pratiques sexuelles avec une probabilité plus élevée de transmettre le VIH (56). De plus, les personnes qui ont été victimes de discrimination raciale étaient moins susceptibles d'avoir déjà subi un test de dépistage du VIH (38).

Bien que les contacts sexuels entre hommes représentent encore la moitié des diagnostics de VIH chez les personnes de sexe masculin adultes (49,9 %; n = 557) en 2024, cette proportion a diminué au fil du temps, passant de 62,4 % (n = 758) en 2015 à 52,1 % (n = 627) en 2023. Bien que d'autres recherches sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la transmission du VIH soient nécessaires, les analyses phylogénétiques dans des populations clés de la Colombie-Britannique ont révélé une croissance réduite des grappes composées principalement de personnes de sexe masculin ayant eu des rapports sexuels avec d'autres hommes pendant le confinement initial (53). Des recherches de modélisation antérieures menées en Colombie-Britannique ont démontré l'incidence du TAR et de la PrEP sur l'incidence du VIH, car chaque augmentation de 100 personnes du nombre de personnes prenant le TAR ou la PrEP était associée à une diminution des taux d'incidence du VIH de 2,5 % et de 1,4 % respectivement (57). De même, chaque augmentation de 100 personnes du nombre de personnes non réprimées sur le plan virologique était associée à une augmentation de 3,3 % du taux d'incidence du VIH (57). Un autre rapport sur l'utilisation de la prophylaxie préexposition (PrEP) en Colombie-Britannique, qui dispose d'un programme d'accès financé par l'État, a noté que le nombre de nouveaux utilisateurs de la PrEP qui étaient gais, bisexuels ou hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (GBHARSAH) présentant un risque substantiel de contracter le VIH, a diminué du troisième trimestre de 2022 au premier trimestre de 2024 avant d'augmenter au quatrième trimestre de 2024 (58). Des recherches auprès de GBHARSAH d'autres administrations sont nécessaires pour comprendre les différents contextes régionaux.

En ce qui concerne les autres catégories d'exposition, la proportion de cas chez les personnes de sexe masculin attribués à un contact hétérosexuel est passée de 19,5 % (n = 225) en 2018 à 29,4 % (n = 282) en 2022 et a diminué à 27,5 % (n = 307) en 2024 ; La proportion attribuée à l'utilisation de drogues injectables est passée de 9,3 % (n = 116) en 2016 à 16,1 % (n = 139) en 2021 avant de diminuer à 10,0 % (n = 112) en 2024. La pandémie a eu un impact considérable sur les services de prévention du VIH, 47,4 % des personnes qui consomment des drogues ou de l'alcool ayant déclaré avoir des difficultés à accéder au dépistage du VIH et 43,6 % à des difficultés d'accès à la PrEP et/ou à la PPE (36).

Comme les années précédentes, les contacts hétérosexuels (58,1 %; n = 357) et l'utilisation de drogues injectables (29,6 %; n = 182) sont les catégories d'exposition les plus courantes chez les personnes de sexe féminin. Toutefois, l'augmentation des proportions attribuables aux deux catégories d'exposition de 2019 à 2021 (contact hétérosexuel : de 55,1 % (n = 223) en 2019 à 60,6 % (n = 192) en 2021 ; consommation de drogues injectables : de 33,1 % (n = 134) en 2019 à 38,2 % (n = 121) en 2021) peut être un artefact statistique en raison du retrait des personnes diagnostiquées à l'étranger de la catégorie d'exposition « Autre » (dans le cadre du changement méthodologique en 2020 pour les premiers diagnostics).

Les données recueillies pour les cas du Manitoba en 2024 concernant les relations hétérosexuelles comme voie d'exposition n'étaient pas dans un format compatible avec les rapports de surveillance nationale du VIH, de sorte que ces cas ont souvent été classés dans d'autres catégories d'exposition. Plus précisément, les cas qui auraient initialement été classés dans la catégorie des contact hétérosexuel ont été réaffectés à d'autres catégories d'exposition (y compris la catégorie d'exposition « Autre ») et ont finalement eu une incidence sur les proportions attribuées à chaque catégorie d'exposition. En 2024, les proportions de cas attribués à la catégorie « autre exposition » sont passées à 8,4 % (n = 94) (intervalle : 0,8 % à 1,5 % entre 2020 et 2023) chez les personnes de sexe masculin et à 11,9 % (n = 73) chez les personnes de sexe féminin (intervalle : 1,3 % à 3,5 % entre 2020 et 2023). Par conséquent, les tendances des proportions des catégories d'exposition au fil du temps doivent être interprétées avec prudence.

Comme la proportion de diagnostics de VIH attribués aux contacts hétérosexuels a augmenté ces dernières années, ces données suggèrent que la transmission hétérosexuelle est devenue une voie de plus en plus importante d'acquisition du VIH. Divers facteurs contribuent à l'acquisition du VIH par contact hétérosexuel, notamment les déterminants sociaux de la santé et les pratiques sexuelles et préventives. L'utilisation du préservatif au Canada varie selon le sexe et l'âge, plus de 60 % des femmes cisgenres indiquant ne jamais utiliser de préservatifs et plus de 50 % des hommes cisgenres indiquant ne jamais en utiliser de préservatif dans le cadre de l'enquête nationale Sex in Canada (59). Bien que l'utilisation occasionnelle de condoms ait été le plus souvent déclarée par les 18 à 24 ans, les personnes de plus de 25 ans ont le plus souvent déclaré ne jamais utiliser de condom, la proportion augmentant avec l'âge (59). La fréquence prévue de l'utilisation du condom était la plus faible chez les femmes hétérosexuelles et diminuait avec l'âge, mais plus élevée chez les hommes cisgenres dans tous les groupes d'âge et plus élevée chez ceux déclarant appartenir à une minorité visible (59). Une étude menée auprès de Canadiens âgés de 18 à 24 ans a révélé que la proportion de Canadiens utilisant des condoms en permanence a diminué, passant de 53 % en 2020 à 23 % en 2023, puis à 27 % en 2024 ; Parmi les jeunes sexuellement actifs, 64 % avaient une utilisation irrégulière et 1 sur 5 n'avait jamais utilisé de condom (60). Malheureusement, cette étude n'a pas ventilé les données par orientation sexuelle, sexe ou genre. Cela correspond à une baisse de l'utilisation du condom observée chez les adolescents européens, avec une baisse de 70 % à 61 % chez les garçons et de 63 % à 57 % chez les filles entre 2014 et 2022 (61). Cependant, un rapport sur l'utilisation de la prophylaxie préexposition (PPrE) en Colombie-Britannique a noté que le nombre de nouveaux utilisateurs de la PPrE qui ont déclaré avoir un partenaire sexuel hétérosexuel séropositif et une charge virale non supprimée a augmenté entre le deuxième trimestre de 2022 et le troisième trimestre de 2024, avant de diminuer au quatrième trimestre. Ce groupe se classait également au deuxième ou au troisième rang des facteurs de risque non mutuellement exclusifs (58).

La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions considérables sur les comportements à risque, la prévention, le dépistage et le traitement des ITSS et les interventions de réduction des méfaits, ce qui a eu une incidence

sur l'acquisition du VIH. Ces répercussions ont déjà été décrites ailleurs (36, 62, 63). La prévalence de l'utilisation de la PPrE anti-VIH a augmenté dans toutes les provinces canadiennes après la pandémie, la prévalence nationale passant de 59,1 pour 100 000 personnes en 2019 (64) à 89 pour 100 000 personnes en 2022 (5).

La migration est probablement un facteur important dans l'augmentation du nombre de diagnostics de VIH signalés depuis la pandémie. En 2024, le Canada a accepté 483 640 résidents permanents, ce qui représente une augmentation de 2,5 % par rapport à 2023 (65). Pendant ce temps, le nombre de migrants a diminué en Australie (66) et au Royaume-Uni (67). Une augmentation correspondante a été observée dans le nombre de cas de VIH identifiés dans les EMI menés au Canada, qui est passé de 1 645 en 2023 à 1 699 en 2024. Le rapport annuel sur le VIH de l'Alberta indique que 71,0 % des cas de VIH ont été contractés à l'extérieur du pays, et que 75 % de ces personnes avaient déjà obtenu un résultat positif à un test de dépistage du VIH (68). IRCC a noté que la proportion d'examens médicaux aux fins de l'immigration effectués au Canada avec un résultat positif au test de dépistage du VIH a diminué, passant de 0,30 % en 2017 à 0,12 % en 2021 et a augmenté à 0,37 % en 2023 avant de diminuer à 0,34 % en 2024. Malgré une augmentation du nombre d'EMI effectués au Canada, le pourcentage de positivité a légèrement diminué, demeurant tout de même plus élevé que les niveaux observés avant la pandémie. Les migrants sont également confrontés à des obstacles pour accéder au dépistage et aux soins du VIH, tels que la difficulté d'accès aux soins de santé, la stigmatisation liée au VIH et d'autres obstacles réglementaires/politiques, du système de santé, de la communauté et des individus (4). Ces obstacles peuvent être exacerbés pour les migrants qui font partie d'une minorité sexuelle ou de genre, qui sont racisés ou qui se livrent au commerce du sexe (69). Lors de l'évaluation du fardeau du VIH dans les communautés migrantes, il est important de reconnaître que le VIH peut également être contracté au Canada. Des études antérieures ont observé que parmi les migrants vivant avec le VIH, environ 40 % en Europe (70) et près de la moitié en Australie (71) ont contracté le VIH après la migration. Cependant, le lieu d'acquisition du VIH (c.-à-d. au Canada ou à l'étranger) ne peut généralement pas être distingué en fonction des données de surveillance nationales reçues par l'ASPC des provinces et territoires ou d'IRCC.

La transmission périnatale du VIH au Canada reste faible, avec une infection périnatale chez un nourrisson né d'une personne enceinte qui n'a reçu aucun traitement antirétroviral (TAR) déclarée pour 2024. Le TAR soit très efficace pour prévenir la transmission périnatale, le taux de transmission est de 0,6 % chez les personnes recevant au moins 4 semaines de TAR combiné avant l'accouchement, comparativement à 23,5 % chez celles qui n'en ont pas (72). En 2022, 8,9 % des personnes ont reçu un TAR pendant moins de quatre semaines de façon continue pendant la grossesse (72). Cela suggère que les obstacles à l'obtention de soins prénataux en temps opportun et à l'engagement dans le traitement du VIH pendant la grossesse persistent.

Malgré les progrès réalisés en matière de prévention et de traitement, le VIH continue d'avoir une incidence sur la mortalité au Canada, avec 1 421 décès attribués au VIH entre 2015 et 2024. Ce fardeau est porté de manière disproportionnée par les communautés confrontées à d'autres obstacles systémiques à l'équité. Par exemple, les populations noires courent un risque significativement plus élevé de décès dû au VIH que les populations blanches - 5 fois et 21 fois plus élevé chez les hommes et les femmes, respectivement (73). Les décès attribués au VIH continuent également d'être sous-déclarés, même si ces données proviennent des registres de l'état civil. Cette sous-déclaration peut s'expliquer par l'ordre d'inscription des diagnostics ayant une incidence sur l'attribution de la cause du décès, la variabilité entre les médecins de l'attribution de la cause du décès, la difficulté à déterminer la cause du décès pour certaines affections et l'attribution erronée d'affections stigmatisées (p. ex. le VIH) (74). Les décès dus au VIH peuvent également être codés à tort comme « anticorps

de déficit immunitaire » ou « immunodéficience autre » (75). Parmi les personnes diagnostiquées séropositives aux États-Unis, dans les territoires et dans les États librement associés, le taux de mortalité lié au VIH est passé de 4,6 pour 1000 en 2020 à 3,6 pour 1000 en 2024, tandis que le taux de mortalité toutes causes confondues est passé de 18,0 pour 1000 à 15,5 pour 1000 (76). Parallèlement, une diminution de 14 % des décès toutes causes confondues chez les personnes vivant avec le VIH en Angleterre a été observée en 2024 par rapport à 2023 (44). Ainsi, la mortalité toutes causes confondues doit être prise en compte en plus de la mortalité liée au VIH lors de l'examen du fardeau de la maladie du VIH en ce qui concerne la mortalité.

Selon les estimations de 2024, 91 % des personnes vivant avec le VIH au Canada ont reçu un diagnostic, 86 % des personnes diagnostiquées suivaient un traitement et 96 % de celles qui suivaient un traitement avaient une charge virale supprimée (2). Bien que le Canada ait fait des progrès constants vers les objectifs 95-95-95 pour le diagnostic du VIH, le traitement et la prévention virale, ces chiffres restent inférieurs aux recommandations de l'ONUSIDA (16). Il existe des différences dans la cascade des soins du VIH entre les différentes populations. Par exemple, il a été noté que la proportion de la population répondant à chaque étape du continuum de soins du VIH était plus faible chez les femmes (90 % contre 86 % diagnostiquées, 86 % contre 84 % sous traitement et 96 % contre 92 % viralemment supprimées chez les hommes et les femmes respectivement) (5). La proportion de personnes répondant à chaque étape de la cascade de soins variait selon les populations connues pour être touchées de manière disproportionnée par le VIH, comme les personnes incarcérées dans les établissements correctionnels fédéraux, les personnes vivant dans les communautés des Premières Nations en Saskatchewan, les peuples des Premières Nations en Saskatchewan et en Alberta, les homosexuels bisexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans trois centres urbains, les personnes qui s'injectent des drogues et la communauté africaine, caribéenne et noire de l'Ontario (5).

Le Programme national de surveillance du VIH appuie les engagements du gouvernement du Canada en matière de santé publique, en fournissant les données probantes nécessaires pour suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs 95, 95 et 95 de l'ONUSIDA et évaluer l'incidence des programmes nationaux de prévention et de soins. En collaboration avec le groupe de travail d'experts de communautés noires (GTEN) et le groupe de travail des Premières Nations, des Inuits et des Métis (GT-PNIM), le SSVS améliorera la qualité des données de surveillance sur l'identité autochtone, la race et/ou l'origine ethnique, le sexe, le genre et la catégorie d'exposition au VIH. Ces efforts permettront non seulement d'améliorer la capacité à identifier les disparités, mais aussi d'éclairer les politiques fondées sur des données probantes, d'améliorer le suivi de l'équité et de mieux cibler les ressources de prévention, de dépistage et de soins pour les populations les plus touchées par le VIH. Le gouvernement du Canada vise à réduire le fardeau des fournisseurs de données, accroître la comparabilité des données entre les régions, renforcer les relations avec les partenaires de données et harmoniser les efforts fédéraux de lutte contre le VIH avec le Plan d'action sur les ITSS 2024-2030.

Points forts

Ce rapport dresse un profil épidémiologique des nouveaux diagnostics de VIH au Canada, y compris certains détails concernant les cas de VIH identifiés lors des EMI chez les migrants au Canada, la transmission périnatale et la mortalité liée au VIH. Ce rapport de surveillance présente les premiers diagnostics pour les treize provinces et territoires, en fournissant des renseignements sur ces diagnostics selon l'âge, le sexe, la catégorie d'exposition et la race ou l'origine ethnique. Un plus grand nombre de provinces et de territoires ont également mis à jour leurs données historiques en identifiant et en excluant les cas diagnostiqués de 2015 à 2019. Le changement apporté ces dernières années pour mettre l'accent sur les premiers diagnostics permet de mieux comprendre où la transmission du VIH peut se produire au Canada et de faire de meilleures comparaisons

internationales avec des pays comme le Royaume-Uni et l'Australie. Certains renseignements sur les cas nouvellement identifiés, mais diagnostiqués antérieurement sont présentés pour donner une idée du volume régional de nouveaux cas de VIH.

Limites

Les limites du rapport de surveillance ont déjà été détaillées (21, 77, 78) et elles comprennent le faible niveau d'exhaustivité des renseignements sur la race ou l'origine ethnique ; l'absence d'information ou la collecte incohérente d'éléments de données tels que l'identité de genre; la variation dans la déclaration des cas diagnostiqués précédemment dans les données historiques (avant 2019). De plus, les personnes diagnostiquées par autodépistage du VIH peuvent ne pas être prises en compte dans les données nationales sur le diagnostic.

Toute interprétation et utilisation des données sur la race et/ou l'origine ethnique présentées dans ce rapport doit être soigneusement examinée étant donné le faible degré d'exhaustivité de ces données. Il est peu probable que les données actuelles sur la race et/ou l'origine ethnique fournissent une représentation exacte du portrait national de l'identité autochtone ou de la race et/ou de l'ethnicité chez les personnes vivant avec le VIH, car ces données ne sont pas disponibles pour près des deux tiers des cas nouvellement diagnostiqués. Les raisons en sont notamment les contraintes méthodologiques, les préoccupations relatives à la protection de la vie privée, la confidentialité, les préoccupations concernant le fardeau supplémentaire dans la collecte de données, la stigmatisation et les préjudices potentiels ou perçus liés à la collecte de ces données (79-81). Le travail de renouvellement en cours de la SSVS répond directement à ces préoccupations et vise à améliorer la collecte de données sur la race ou l'origine ethnique dans les années à venir.

L'information sur les identités trans et non binaires est également limitée, car les données actuelles ne comprennent que les catégories de sexe binaire (homme ou femme) sans données sur l'identité de genre. Dans son état actuel, le programme de surveillance du VIH ne reflète pas l'évolution de notre compréhension du sexe, de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle (82). Le SSSA travaille activement à améliorer la collecte de données et la production de rapports afin de mieux représenter les communautés de diverses identités de genre.

En 2024, la pandémie de COVID-19 pourrait avoir continué d'avoir des répercussions sur les données de surveillance – augmentation de la charge de travail des organismes de santé publique et retards dans le dépistage, la collecte de données et la déclaration du VIH. Il faut plus de temps et de données pour évaluer pleinement les effets de la pandémie sur l'épidémie de VIH.

Bien que toutes les provinces et tous les territoires aient été en mesure de déclarer les premiers cas de VIH diagnostiqués séparément des cas diagnostiqués précédemment, certaines provinces et certains territoires n'ont pas été en mesure de fournir cette information de manière uniforme de 2015 à 2019. Pour cette raison, toutes les tendances antérieures à 2020 doivent être interprétées avec prudence. La déduplication et la détermination des premiers diagnostics sont effectuées au niveau des provinces et territoires et, en raison des défis liés à la déduplication et des limites des systèmes provinciaux et territoriaux, il est possible qu'il reste encore des doublons ou des cas positifs antérieurs dans les données. On s'attend à ce qu'il y ait une amélioration graduelle grâce au retrait des cas déjà diagnostiqués de l'ensemble de données nationales au fil du temps.

Ce rapport ne présente que des données sur le diagnostic, qui ne représentent pas le nombre réel de personnes nouvellement vivant avec le VIH (incidence) ou le nombre total de personnes vivant avec le VIH (prévalence) au Canada en 2024. Les données incluses dans ce rapport de surveillance doivent être

considérées comme provisoires, car les données de surveillance nationales sont mises à jour chaque année. En cas de divergence entre les données résumées dans le présent rapport et les rapports provinciaux ou territoriaux, il convient d'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 2024 par rapport à 2023, mais continuent de dépasser les chiffres et les taux pré-pandémiques de 2015 à 2019. L'augmentation des volumes d'immigration à la suite de la levée des restrictions liées à la pandémie a contribué à l'augmentation des diagnostics de VIH après la pandémie. Bien que les tendances des taux de diagnostic du VIH et de l'épidémiologie varient selon les régions, le taux de diagnostic du VIH chez les femmes reste plus élevé qu'avant la pandémie, des augmentations ont été constatées dans la population âgée de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans en 2024, et la plupart des nouveaux diagnostics continuent d'être attribués au contact hétérosexuel et au contact sexuel entre hommes. Les données de surveillance du VIH aident à suivre les progrès réalisés par rapport au Cadre pancanadien sur les ITSS et au Plan d'action connexe du gouvernement du Canada sur les ITSS, ainsi que les progrès du Canada vers les objectifs internationaux d'élimination (95-95-95 d'ici 2025). Bien que des obstacles à l'accès aux soins subsistent, les tendances des diagnostics nationaux peuvent être utilisées pour éclairer la prestation de programmes de prévention adaptés. L'ASPC continuera de collaborer avec les provinces, les territoires et d'autres partenaires de surveillance afin d'améliorer les besoins en données probantes sur la surveillance du VIH, de progresser vers l'intégration des perspectives communautaires et de produire des produits d'application et de mobilisation des connaissances plus appropriés et utiles sur le plan culturel.

Tableaux de données

Tableau de données 1 : Nombre de premiers diagnostics de VIH et taux de diagnostic global, selon le sexe et l'année, Canada, 2015 à 2024 ^a

Année du diagnostic	Total des diagnostics	Taux global pour 100 000	Diagnostics de sexe masculin ^a	Taux de diagnostic parmi les personnes de sexe masculin pour 100 000 ^a	Diagnostics de sexe féminin ^a	Taux de diagnostic parmi les personnes de sexe féminin pour 100 000 ^a
2015	1 752	4,9	1 351	7,6	397	2,2
2016	1 846	5,1	1 408	7,9	429	2,4
2017	1 802	4,9	1 404	7,7	393	2,1
2018	1 815	4,9	1 333	7,2	479	2,6
2019	1 726	4,6	1 217	6,5	502	2,7
2020	1 313	3,5	932	4,9	374	2,0
2021	1 445	3,8	1 035	5,4	400	2,1
2022	1 780	4,6	1 185	6,1	581	3,0
2023	2 367	5,9	1 586	7,9	768	3,8
2024	2 288	5,5	1 483	7,2	787	3,8

^a Exclut les cas où le sexe était déclaré comme personnes transgenre ou les cas où le sexe n'a pas été déclaré.

Tableau de données 2 : Nombre et taux de premiers diagnostics de VIH (pour 100 000 personnes), selon la province ou le territoire, Canada, 2024 ^{a,b}

Province ou région	Nombre de diagnostics	Taux de diagnostic du VIH (pour 100 000 personnes) en 2024
Alberta ^a	210	4,3
Région de l'Atlantique ^b	55	1,7
Colombie-Britannique	169	3,0
Manitoba	291	19,5
Ontario	865	5,4
Québec	462	5,1
Saskatchewan	230	18,6
Territoires ^b	6	4,6

^a 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 des cas de VIH de l'ASPC peuvent différer de ceux rapportés par l'Alberta.

^b 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, 1er juillet 2024

Tableau de données 3 : Nombre et taux de premiers diagnostics de VIH (pour 100 000 personnes), selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 2024 ^a

Groupe d'âge	Sexe masculin		Sexe féminin	
	Nombre de diagnostics	Taux pour 100 000	Nombre de diagnostics	Taux pour 100 000
< 15 ans	3	0,1	4	0,1
15 à 19 ans	26	2,2	26	2,3
20 à 24 ans	128	8,9	62	4,8
25 à 29 ans	271	17,1	104	7,1
30 à 39 ans	522	16,7	266	8,9
40 à 59 ans	453	8,8	280	5,4
≥60 ans	80	1,6	44	0,8

Abréviation : <, moins de ; ≥, supérieure ou égale à

^a Exclut les cas où le sexe était déclaré comme personnes transgenre ou les cas où le sexe n'a pas été déclaré.

Tableau de données 4 : Nombre et taux de premiers diagnostics de VIH (pour 100 000 personnes) selon le groupe d'âge et l'année, Canada, 2015 à 2024 ^{a,b}

Groupe d'âge	Année du diagnostic																			
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux
< 15 ans	8	0,1	10	0,2	14	0,2	18	0,3	10	0,2	4	0,1	5	0,1	11	0,2	10	0,2	7	0,1
15 à 19 ans	33	1,6	41	2,0	35	1,7	35	1,7	31	1,5	24	1,2	24	1,2	27	1,3	27	1,2	52	2,2
20 à 24 ans	177	7,4	179	7,5	145	6,0	168	6,8	166	6,7	130	5,3	127	5,3	143	5,8	175	6,7	196	7,1
25 à 29 ans	315	13,0	287	11,6	308	12,2	296	11,4	291	11,0	227	8,5	255	9,5	267	9,7	393	13,5	379	12,5
30 à 39 ans	471	9,8	552	11,3	569	11,5	546	10,8	543	10,5	428	8,1	456	8,5	696	12,7	803	13,8	790	12,9
40 à 59 ans	638	6,3	668	6,6	628	6,2	636	6,3	584	5,8	409	4,1	468	4,7	525	5,2	845	8,4	737	7,2
≥60 ans	109	1,4	107	1,3	101	1,2	115	1,3	100	1,1	89	0,9	105	1,1	109	1,1	112	1,1	126	1,2

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

^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, 1er juillet 2024

Tableau de données 5a : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024 ^{a,b,c,d}

Catégorie d'exposition	Année du diagnostic ^{a,b,c}																			
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Contacts sexuels entre hommes	758	48,4	788	48,6	746	46,6	697	44,8	631	43,0	455	41,9	469	39,7	490	34,6	630	35,9	561	32,3
Contacts sexuels entre hommes et utilisation de drogues injectables	46	2,9	53	3,3	35	2,2	46	3,0	49	3,3	26	2,4	43	3,6	47	3,3	78	4,4	43	2,5
Utilisation de drogues	228	14,6	212	13,1	234	14,6	266	17,1	260	17,7	243	22,4	260	22,0	298	21,0	321	18,3	294	16,9
Contact hétérosexuel	472	30,2	490	30,2	503	31,4	477	30,7	435	29,7	347	31,9	399	33,8	551	38,9	691	39,4	666	38,3
Autre ^d	61	3,9	80	4,9	83	5,2	70	4,5	91	6,2	16	1,5	11	0,9	32	2,3	36	2,1	175	10,1

Abréviations : n = nombre

^a Exclut les cas ayant une catégorie d'exposition inconnue, les cas sans risque identifié et pour lesquels la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.

^b Exclut les cas où l'âge n'est pas déclaré ou est inconnu.

^c Il convient de noter que pour les cas du Manitoba, les renseignements recueillis en 2024 sur les relations hétérosexuelles comme voie d'exposition ou de transmission n'ont pas été recueillis d'une manière compatible avec la présentation à l'ASPC. Par conséquent, ces cas ont été classés dans d'autres catégories d'exposition, mais les relations hétérosexuelles sont un facteur important de transmission du VIH au Manitoba.

^d Autre comprend le sang ou produits sanguins, l'exposition périnatale, l'exposition professionnelle, l'exposition IRCC/hors du pays (Alberta) et d'autres catégories d'exposition.

Tableau de données 5b : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe masculin (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024 ^{a,b,c,d,e}

Catégorie d'exposition	Année du diagnostic ^{a,b,c,d}																			
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Contacts sexuels entre hommes	758	62,4	788	63,1	746	59,9	696	60,4	627	59,4	454	57,8	467	54,2	486	50,7	627	52,1	557	49,9
Contacts sexuels entre hommes et utilisation de drogues	46	3,8	53	4,2	35	2,8	46	4,0	49	4,6	26	3,3	43	5,0	46	4,8	77	6,4	43	3,9
Utilisation de drogues	133	11,0	116	9,3	142	11,4	146	12,7	126	11,9	123	15,6	139	16,1	130	13,6	164	13,6	112	10,0
Contact hétérosexuel	245	20,2	252	20,2	276	22,2	225	19,5	211	20,0	171	21,8	205	23,8	282	29,4	319	26,5	307	27,5
Autre ^e	32	2,6	40	3,2	46	3,7	39	3,4	43	4,1	12	1,5	7	0,8	14	1,5	17	1,4	97	8,7

Abréviations : n = nombre

^a Exclut les cas où le sexe était déclaré comme personnes transgenre ou les cas où le sexe n'a pas été déclaré.

^b Exclut les cas ayant une catégorie d'exposition inconnue, les cas sans risque identifié et pour lesquels la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.

^c Exclut les cas où l'âge n'est pas déclaré ou est inconnu.

^d Il convient de noter que pour les cas du Manitoba, les renseignements recueillis en 2024 sur les relations hétérosexuelles comme voie d'exposition ou de transmission n'ont pas été recueillis d'une manière compatible avec la présentation à l'ASPC. Par conséquent, ces cas ont été classés dans d'autres catégories d'exposition, mais les relations hétérosexuelles sont un facteur important de transmission du VIH au Manitoba.

^e Autre comprend le sang ou produits sanguins, l'exposition périnatale, l'exposition professionnelle, l'exposition IRCC/hors du pays (Alberta) et d'autres catégories d'exposition.

Tableau de données 5c : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe féminin (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024 ^{a,b,c,d,e}

Catégorie d'exposition	Année du diagnostic																			
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilisation de drogues injectables	95	27,1	96	25,7	91	25,7	120	29,8	134	33,1	120	40,1	121	38,2	168	36,9	156	28,5	182	29,6
Contact hétérosexuel	227	64,9	237	63,5	226	63,8	252	62,5	223	55,1	175	58,5	192	60,6	269	59,1	372	68,0	357	58,1
Autre ^e	28	8,0	40	10,7	37	10,5	31	7,7	48	11,9	4	1,3	4	1,3	18	4,0	19	3,5	75	12,2

Abréviations : n = nombre

^a Exclut les cas où le sexe était déclaré comme personnes transgenre ou les cas où le sexe n'a pas été déclaré.

^b Exclut les cas pour lesquels la catégorie d'exposition est inconnue, les cas pour lesquels aucun risque n'a été identifié et les cas pour lesquels la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.

^c Exclut les cas où l'âge n'est pas déclaré ou est inconnu.

^d Il convient de noter que pour les cas du Manitoba, les renseignements recueillis en 2024 sur les relations hétérosexuelles comme voie d'exposition ou de transmission n'ont pas été recueillis d'une manière compatible avec la présentation à l'ASPC. Par conséquent, ces cas ont été classés dans d'autres catégories d'exposition, mais les relations hétérosexuelles sont un facteur important de transmission du VIH au Manitoba.

^e Autre comprend le sang ou produits sanguins, l'exposition périnatale, l'exposition professionnelle, l'exposition IRCC/hors du pays (Alberta) et d'autres catégories d'exposition.

Tableau de données 6 : Proportion de premiers diagnostics de VIH déclarés (≥15 ans), selon la catégorie d'exposition et le groupe d'âge, Canada, 2024 ^{a,b,c,d}

Groupe d'âge	Contacts sexuels entre hommes		Contacts sexuels entre hommes et utilisation de drogues injectables		Utilisation de drogues injectables		Contact hétérosexuel		Autre ^d	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15 à 19 ans	13	35,1	0	0,0	5	13,5	11	29,7	8	21,6
20 à 24 ans	71	43,6	5	3,1	28	17,2	41	25,2	18	11,0
25 à 29 ans	133	43,9	6	2,0	54	17,8	91	30,0	19	6,3
30 à 39 ans	187	31,1	21	3,5	114	19,0	221	36,8	58	9,7
40 à 59 ans	131	24,2	9	1,7	87	16,1	253	46,7	62	11,4
≥60 ans	26	28,0	2	2,2	6	6,5	49	52,7	10	10,8

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

^a Exclut les cas où l'âge n'est pas déclaré ou est inconnu.

^b Exclut les cas ayant une catégorie d'exposition inconnue, les cas sans risque identifié et pour lesquels la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.

^c Il convient de noter que pour les cas du Manitoba, les renseignements recueillis en 2024 sur les relations hétérosexuelles comme voie d'exposition ou de transmission n'ont pas été recueillis d'une manière compatible avec la présentation à l'ASPC. Par conséquent, ces cas ont été classés dans d'autres catégories d'exposition, mais les relations hétérosexuelles sont un facteur important de transmission du VIH au Manitoba.

^d Autre comprend le sang ou produits sanguins, l'exposition périnatale, l'exposition professionnelle, l'exposition IRCC/hors du pays (Alberta) et d'autres catégories d'exposition.

Tableau de données 7 : Nombre des premiers diagnostics et les diagnostics antérieurs selon la province ou le territoire, 2020 à 2024 ^a

Province/Territoire	Année	Premiers diagnostics	Diagnostics antérieurs
Alberta	2020	147	46
	2021	179	63
	2022	190	96
	2023	255	252
	2024	210	225
Colombie-Britannique	2020	136	11
	2021	142	14
	2022	131	5
	2023	154	12
	2024	169	11
Manitoba	2020	97	20
	2021	145	22
	2022	196	60
	2023	281	90
	2024	291	86
Ontario	2020	504	189
	2021	470	149
	2022	588	229
	2023	925	482
	2024	865	583
Québec	2020	211	151
	2021	237	125
	2022	407	377
	2023	449	530
	2024	462	528
Saskatchewan	2020	184	s.o.
	2021	238	s.o.
	2022	227	s.o.
	2023	234	s.o.
	2024	230	s.o.
Atlantique	2020	31	24
	2021	32	20
	2022	39	57
	2023	66	51
	2024	55	64
Territoires	2020	3	6
	2021	2	2
	2022	2	1
	2023	3	2
	2024	6	5

Abréviations : s.o., sans objet

^a Depuis 2019, la Saskatchewan ne signale que les cas de premier diagnostic selon l'année de dépistage, soit l'année de déclaration de ce cas de VIH. Les cas déjà diagnostiqués qui ont été signalés dans d'autres provinces et territoires à



l'extérieur de la Saskatchewan (y compris le DAE) sont saisis dans la base de données de Santé publique de la SK sur le VIH (Panorama), mais ces données ne sont pas extraites ni partagées avec l'ASPC.

Tableau de données 8 : Nombre de nourrissons ayant été exposés au VIH pendant la période périnatale, selon l'année de naissance, l'état actuel et l'utilisation d'une thérapie antirétrovirale (TAR) à des fins prophylactiques, 1984 à 2024 (comprend les enfants nés à l'extérieur du Canada avec le VIH acquis pendant la période périnatale) ^{a,b,c}

	Année de naissance									
	1984-2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Pas de prophylaxie périnatale par TAR										
Confirmé vivant avec le VIH	709	9	5	6	2	2	2	3	3	739
Asymptomatique	40	3	4	1	1	1	2	2	1	57
Symptomatique	17	2	1	0	0	0	0	1	0	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	243	4	1	1	1	1	0	0	0	252
Soins aux adultes ^b	299	0	0	0	0	0	0	0	0	299
Confirmé ne vivant pas avec le VIH	528	10	6	4	4	2	6	4	5	569
Statut VIH non confirmé	26	0	0	0	1	0	1	0	2	30
Indéterminé	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Perdu de vue ^c	26	0	0	1	0	0	1	0	0	28
Sous-total	1 263	19	11	10	7	4	9	7	8	1 338
Toute prophylaxie périnatale par TAR										
Confirmé vivant avec le VIH	33	1	2	0	2	0	3	2	0	43
Asymptomatique	5	0	0	0	2	0	3	2	0	12
Symptomatique	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
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	13	1	2	0	0	0	0	0	0	16
Soins aux adultes ^b	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Confirmé ne vivant pas avec le VIH	3 560	238	256	236	234	199	214	225	179	5 341
Statut VIH non confirmé	33	4	9	11	8	6	12	9	68	160
Indéterminé	0	0	0	0	0	0	0	0	66	66
Perdu de vue ^c	33	4	9	11	8	6	12	9	2	94
Sous-total	3 626	243	267	247	244	205	229	236	247	5 544

Exposition à la prophylaxie TAR périnatale inconnue	63	2	3	4	4	3	4	5	3	91
Total	4 952	264	281	261	255	212	242	248	258	6 973

Source de données : Données du PSPVC reçues le 23 février 2026

Abréviations : sida, syndrome d'immunodéficience acquise; TAR, traitement antirétroviral

^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 2023 et qui ont été transférés vers des soins pour adultes.

^c Inclut également les nourrissons qui sont décédés avant que le statut ne soit établi.

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 l'année et le lieu du test, 2014 à 2024 ^{a,b,c}

Année ^{a,b}	Testé au Canada		Testé à l'étranger	
	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	% ^c	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	% ^c
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
2021	453	52,4	412	47,6
2022	1 032	48,7	1 087	51,3
2023	1 645	51,5	1 548	48,5
2024	1 699	53,6	1 468	46,4
Total	7 867	54,5	6 570	45,5

Source : Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et Système mondial de gestion des cas (SMGC) d'IRCC à partir de juillet 2025. Reproduit et distribué avec la permission d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.

^a Pour les candidats testés au Canada, l'année correspond à l'année du test.

^b 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 10 : 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 aux fins d'immigration (EMI), selon le lieu du test, le sexe, le groupe d'âge et la province, 2015 à 2024 ^{a,b,c,d,e}

	Testé au Canada		Testé à l'étranger	
	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	%	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	%
Sexe ^a				
Masculin	4 654	59,3%	3 868	59,0%
Féminin	3 197	40,7%	2 689	41,0%
Groupe d'âge ^b				
<20	104	1,3%	351	5,3%
20 à 29	1 490	18,9%	1 920	29,2%
30 à 39	2 957	37,6%	2 245	34,2%
40 à 49	2 025	25,7%	1 092	16,6%
50 ou plus	1 291	16,4%	962	14,6%
Province ^{c,d}				
AB	697	8,9%	733	12,6%
C.-B.	616	7,8%	706	12,1%
MB	173	2,2%	271	4,7%
ON	3 959	50,3%	2 163	37,2%
QC	2 225	28,3%	1 396	24,0%
SK	70	0,9%	166	2,9%
Provinces de l'Atlantique ^e	127	1,6%	361	6,2%
Territoires ^e	0	0,0%	20	0,3%

Source : Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et IRCC Système mondial de gestion des cas (SMGC) d'IRCC à partir de juillet 2025. Reproduit et distribué avec la permission d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.

^a Exclut les cas où le sexe était déclaré comme personnes transgenre ou les cas où le sexe n'a pas été déclaré.
^b Exclut les cas où l'âge n'est pas déclaré ou est inconnu.
^c 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.
^d Exclut les cas où la province est inconnue ou non déclarée.
^e En raison des faibles nombres, les données pour les provinces de l'Atlantique et territoires sont agrégées.

Tableau de données 11 : Statistiques internationales des cas de VIH déclarés par pays, 2024 ^a

Pays	Nombre cumulé jusqu'en 2024 ^a	Nombre déclaré en 2024	Taux tous âges pour 100 000 habitants en 2024
Amérique du Nord et Australie			
Canada	93,264	2,288	5.5
États-Unis	NR	38,856	11.3
Australie	NR	757	2.8
Europe de l'Ouest			
Autriche	11,618	204	2.2
Andorre	96	ND	ND
Belgique	39,232	1,136	9.6
Danemark	8,984	199	3.3
Finlande	5,224	226	4.0
France	115,599	4,716	6.9
Allemagne	86,177	3,259	3.9
Grèce	19,055	646	6.2
Islande	628	39	10.2
Irlande	13,499	1,008	18.8
Israël	12,320	317	3.4
Italie	60,573	2,379	4.0
Luxembourg	3,777	43	6.4
Malte	993	116	20.6
Pays-Bas	32,587	843	4.7
Norvège	7,734	264	4.8
Portugal	70,884	997	9.4
Saint-Marin	94	0	0.0
Espagne	75,247	3,228	6.6
Suède	15,257	296	2.8
Suisse	38,612	317	3.6
Royaume-Uni	190,191	5,891	8.7

Abréviations : ND, non déclaré

^a Le nombre cumulé est le nombre total de cas déclarés par chaque pays depuis le début de la déclaration.

Sources

- [Centers for Disease Control and Prevention. HIV Diagnoses, Deaths, and Prevalence: 2026 Update. Accessed May 19, 2026.](#) Les données sont considérées comme préliminaires parce qu'elles ne sont fondées que sur un délai de déclaration de 12 mois. Remarque : Les données comprennent les sept territoires dépendants des États-Unis (Samoa américaines, Commonwealth des Îles Mariannes du Nord, Guam, Îles Mariannes du Nord, Porto Rico, République des Palaos et Îles Vierges américaines). (en anglais seulement)
- [HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia Annual surveillance report 2025. The Kirby Institute, UNSW Sydney, Sydney, Australia.](#) (en anglais seulement)
- [European Centre for Disease Prevention and Control. WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2025 \(2024 data\). Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control: 2025. Accessed December 1, 2025.](#) (en anglais seulement)

Annexe 1 : Contributeurs de données

Provinciaux et territoriaux

Santé Alberta (en anglais seulement)

23^e étage, ATB Place
10025, avenue Jasper
Edmonton (Alberta) T5J 1S5

BC Centre for Disease Control (en anglais seulement)

655, 12^e Avenue Ouest
Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 4R4

Santé Manitoba

4^e étage, 300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9

Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

520, rue King, Place HSBC
Boîte postale 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 6G3

Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador

Édifice de la Confédération, édifice de l'Ouest
Boîte postale 8700
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1B 4J6

Santé et services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

Boîte postale 1320
8^e étage, Tour Centre Square
5022-49^e rue
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) X1A 2L9

Ministère de la santé et du mieux-être de la Nouvelle-Écosse

Barrington Tower
1894, rue Barrington
Boîte postale 488
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8

Ministère de la Santé du Nunavut

Boîte postale 1000, Station 1000
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0

Santé publique Ontario

661, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1M1

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

16, rue Fitzroy, 2^e étage
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8

Laboratoire de santé publique du Québec et INSPQ

20045, chemin Sainte-Marie
Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec) H9X 3R5

Ministère de la Santé de la Saskatchewan

3475, rue Albert, 1^{er} étage
Regina (Saskatchewan) S4S 6X6

Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon

4, chemin Hospital
Whitehorse (Yukon) Y1A 3H8

Autres contributeurs de données

Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

300, rue Slater
Ottawa (Ontario) K1P 6A6

Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada

Clinique Oak Tree
E600, 4500 Oak St
Vancouver (Colombie-Britannique) V6H 3V4

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 présenté 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 en direct \(canada.ca\)](#).

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 déclaration des cas du 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 consulter la « **Figure A1 : État des rapports sur les premiers diagnostics et les cas déjà diagnostiqués dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2014 à 2023** » pour plus de détails sur le schéma de déclaration des provinces et territoires sur les cas positifs antérieurs au cours des dix dernières années. La **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, 2015 à 2024

Province or Territoire	Année									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Alberta	N	N	N	N	N	O	O	O	O	O
Colombie-Britannique	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Manitoba	N	N	N	N	O	O	O	O	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	O	O	O	O	O
Nouvelle-Écosse	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Nunavut	N	N	N	N	N	O	O	O	O	O
Ontario	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Île-du-Prince-Édouard	N	N	N	N	O	O	O	O	O	O
Québec	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Saskatchewan	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Yukon	N	N	N	N	N	O	O	O	O	O

Légende

- N

Non - Les données de cas comprennent les diagnostics désagrégés de VIH hors du pays ou hors de la province.
- O

Oui - Les données de cas ne représentent que les premiers diagnostics du VIH.

Figure A2 : Les cas de VIH déclarés (y compris les premiers diagnostics de VIH et les cas déjà diagnostiqués) par année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024 ^{a,b,c,d}



^a Depuis 2019, la Saskatchewan ne signale que les cas de premier diagnostic selon l'année de dépistage, soit l'année de déclaration de ce cas de VIH. Les cas déjà diagnostiqués qui ont été signalés dans d'autres provinces et territoires à l'extérieur de la Saskatchewan (y compris le DAE) sont saisis dans la base de données de Santé publique de la SK sur le VIH (Panorama), mais ces données ne sont pas extraites ni partagées avec l'ASPC.

^b Comprend les données sur les cas de VIH diagnostiqués au Québec entre 2014-2016 comme le Québec a déclaré les premiers diagnostics de 2015 à 2024 mais la répartition du type de cas déjà diagnostiqué n'a pas été déclarée entre 2015 à 2016.

^c Les « diagnostics antérieurs statut inconnu » sont des cas diagnostiqués au Québec entre 2015-2016 et dans d'autres provinces où les cas ont été identifiés comme des cas déjà diagnostiqués, mais pour lesquels on ne dispose pas de suffisamment de renseignements pour les attribuer au DAE ou au DAP.

^d Les cas déclarés comme ayant fait l'objet d'un « diagnostic antérieur dans la province » pour le Québec (2017 à 2024) ont été exclus pour correspondre à la déclaration des cas dans les autres provinces et territoires.

Données sur le VIH

- Douze des treize provinces et territoires ont fourni des données présentées par ligne sur les premiers diagnostics pour 2024. Le Québec a fourni des données des cas présentées par ligne sur tous les diagnostics dans la province qui ne séparaient pas les cas de premier diagnostic des cas diagnostiqués antérieurement en 2024 ; il a toutefois fourni des tableaux de données agrégés pour les premiers diagnostics afin que les données puissent être intégrées aux analyses nationales.

- Les autorités de santé publique provinciales et territoriales ont fourni des informations sur les cas diagnostiqués antérieurement 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). Les données agrégées supplémentaires du Québec incluaient les cas diagnostiqués antérieurement pour lesquels les renseignements étaient insuffisants pour déterminer s'il s'agissait de DAP ou de DAE. Dans le cas présent, ils ont été classés comme « diagnostics antérieurs statut inconnu » à la figure A2.
- Certaines provinces et certains territoires ont été en mesure de fournir des informations historiques sur les cas déjà diagnostiqués; toutefois, étant donné les contraintes de ressources rencontrées tout au long de la pandémie de la COVID-19, les provinces et territoires n'ont pas tous été en mesure de le faire pour le présent 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 2024, 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 des cas de VIH de l'ASPC peuvent différer des rapports provinciaux de l'Alberta. Cela est également indiqué dans le rapport.

Catégorie de race ou d'origine ethnique et d'identité autochtone

- Les données sur la race et l'origine ethnique ont été soumises par toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse et du Québec. De plus, les pratiques de déclaration (telles que les catégories de race ou d'origine ethnique utilisées) varient selon les provinces et territoires et sont limitées dans certains provinces et territoires.
- Le Nouveau-Brunswick a fourni des renseignements indiquant si un cas était lié ou non aux Premières Nations, sans autre précision concernant les autres catégories de race et d'origine ethnique. La Colombie-Britannique a fourni des renseignements distincts sur la race et/ou l'origine ethnique pour les cas, puisque les renseignements sur l'identité autochtone sont recueillis séparément. Les renseignements sur l'identité autochtone des cas n'ont pas été soumis à l'ASPC.
- Parmi les provinces et territoires, l'exhaustivité de cette variable variait de 0 % à 100 % en 2024 (38,1 % dans l'ensemble) et doit donc être interprétée avec prudence compte tenu de la grande quantité de données manquantes, et pourrait ne pas être pleinement représentative du tableau national des renseignements sur la race ou l'origine ethnique dans les cas de VIH.
- Les catégories de race et/ou d'ethnicité sont mutuellement exclusives. De plus amples renseignements 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 Latino/a/e/x 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 ou origine ethnique.

Catégorie d'exposition

- Les données sur les catégories d'exposition ont été soumises par toutes les provinces et tous les territoires; alors que 12 des 13 autorités de santé publique PT ont soumis des renseignements sur la catégorie d'exposition sous forme de données des cas présentés en ligne, le Québec a soumis des données sur les catégories d'exposition sous forme de tableau global.
- Parmi les provinces et territoires, l'exhaustivité de cette variable variait de 50,0 % à 100 % en 2024 (76,3 % au total).

Données sur le sida

The AIDS surveillance database captures non-nominal data on people diagnosed with AIDS (as per the national case definition) and includes HIV diagnosis, the disease indicative of AIDS and the vital status for the AIDS case (e.g., death). Among the provinces and territories, the following changes to AIDS reporting have occurred over time, which affect the completeness of AIDS surveillance data (**Figure A3**).

Du 1er janvier 1979 au 31 décembre 2024, 25 223 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://maladies.aidecanada.ca/).

Figure A3 : État de la déclaration des diagnostics de sida dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2015 à 2024 ^{a,b,c}

Province or Territoire	Année									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Alberta ^a	O	O	O	N	N	N	N	N	N	N
Colombie-Britannique ^b	O	O	O	O	O	O	O	O	O	DÉC
Manitoba ^c	O	O	O	N	N	N	N	N	N	N
Nouveau-Brunswick	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Terre-Neuve-et-Labrador ^c	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Territoires du Nord-Ouest	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Nouvelle-Écosse	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Nunavut	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Ontario	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Île-du-Prince-Édouard ^c	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Québec ^c	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Saskatchewan	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Yukon	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O

Légende

O	Oui - La province déclare 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 de la sous-déclaration en 2018 et en 2019. Le sida n'est plus une maladie à déclaration obligatoire en Alberta depuis 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 2023 ont été soumises en 2024).

^c Le sida n'est plus une maladie à déclaration obligatoire dans les provinces suivantes : Manitoba depuis 2018; Terre-Neuve-et-Labrador depuis 2009; Île-du-Prince-Édouard depuis 2012; et Québec depuis le 30 juin 2003.

Annexe 3 : Hiérarchie des catégories d'exposition

Selon les informations fournies concernant les comportements, les cas de VIH ou de sida se voient attribuer une seule catégorie d'exposition dans la hiérarchie des catégories d'exposition de l'ASPC, celle qui correspond à la voie d'exposition présentant la plus grande probabilité de transmission du VIH. Par exemple, si un individu qui consomme des drogues injectables et qui déclare des contacts hétérosexuels est diagnostiqué séropositif, cet individu sera attribué à la catégorie d'exposition « utilisation de drogues injectables », car cette catégorie présente une probabilité plus élevée 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 spécifiques et les populations ayant un fardeau accru de VIH. 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. Il se peut que la hiérarchie des catégories d'exposition doive être révisée en tenant compte de données plus récentes sur les probabilités de transmission du VIH, et ce, 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. Il est important de noter qu'il s'agit d'une catégorie générale qui ne considère pas que la probabilité d'acquérir ou de transmettre le VIH varie selon le type de contact sexuel. Par exemple, les relations sexuelles anales sans condom présentent le plus grand risque de transmission (83, 84)

Contacts sexuels entre hommes et utilisation de drogues par injection (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'utilisation 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. Toutefois, lorsque possible, elle a été séparée en sous-catégories suivantes.

- 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 : Cette exposition s'applique à une personne qui a indiqué un contact hétérosexuel et qui n'a pas d'indication de contact sexuel entre hommes, de l'utilisation de drogues injectables ou d'un receveur de sang ou de facteur de coagulation avant 1998.

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 personne vivant avec 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 le sang ou les produits sanguins/le receveur d'une thérapie de remplacement du facteur de coagulation, l'exposition périnatale, l'exposition professionnelle et d'autres catégorie d'exposition.

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 ».

Annexe 4 : Tableaux Supplémentaires 2024

Ce fichier contient les tableaux supplémentaires du Rapport national de surveillance du VIH 2024 du Canada, « Rapport de surveillance du VIH au Canada », qui comprend des données sur les diagnostics de VIH signalés à l'Agence de santé publique du Canada entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2024. Les tableaux supplémentaires fournissent des données supplémentaires réparties au fil du temps (y compris les données historiques) et/ou par province/territoire, selon le cas, en plus d'autres données provenant du groupe du Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC) et Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC), tandis que le rapport national de surveillance du VIH de 2023 présente des données nationales de surveillance du VIH de 2015 à 2024 pour les tendances et les données limitées de ces contributeurs de données. Alors que les données pour 2020 et les années subséquentes ne comprennent que des données sur les premiers diagnostics, les données pour les années précédentes incluent souvent des données sur les cas de VIH précédemment diagnostiqués. À ce titre, toute tendance doit être interprétée avec prudence. Lorsque jugé nécessaire par les fournisseurs de données de surveillance provinciaux et territoriaux, les données de petite taille ($n \leq 5$ cas) ont été supprimées ou les catégories de données ont été fusionnées pour créer des catégories plus grandes.

Liste des tableaux supplémentaires

Tableau 1 : Taux du premier diagnostic du VIH (pour 100 000 personnes) selon la province ou le territoire et l'année de diagnostic (tous les âges) – Canada, 2015 à 2024

Tableau 2 : Nombre de premier cas de VIH (tous les âges) selon la province ou le territoire, le sexe et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024

Tableau 3 : Nombre de premiers cas de VIH selon le groupe d'âge et la province ou territoire - Canada, 2023 à 2024

Tableau 4 : Nombre de premiers cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans) selon l'année de diagnostic et le sexe, Canada, 2015 à 2024

Tableau 5 : Nombre de premiers cas de VIH et taux de diagnostic du VIH selon le groupe d'âge, le sexe et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024

Tableau 6 : Répartition en nombre et en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024

Tableau 7 : Répartition en nombre et en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe masculin (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024

Tableau 8 : Répartition en nombre et en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe féminin (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024

Tableau 9 : Répartition en nombre et en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et le groupe d'âge, Canada, 2023 à 2024

Tableau 10 : Répartition en nombre et en pourcentage des premiers cas de VIH chez les enfants (< 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024

Tableau 11 : Nombre de premiers cas de VIH selon la catégorie d'exposition et la province ou le territoire, Canada, 2023 à 2024

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 et le lieu du test, 2015 à 2024

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 aux fins d'immigration (EMI), selon le lieu du test, le sexe, le groupe d'âge et la province, 2015 à 2024

Tableau 14 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale, selon la catégorie d'exposition de la personne enceinte et l'année de naissance du nourrisson, 1984 à 2024

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'une thérapie antirétrovirale (TAR) à des fins prophylactiques, 1984 à 2024

Tableau 16 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale selon la région géographique et le statut lors du dernier rapport, 1984 à 2024

Tableau 17 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale selon la race ou l'origine ethnique et la sérologie VIH, 1984 à 2024

Tableau 18 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale selon le pays de naissance de la personne qui était enceinte et sérologie VIH, 1984 à 2024

Tableau 1 : Taux de premiers diagnostics du VIH (pour 100 000 habitants) selon la province ou le territoire et l'année de diagnostic (tous les âges) – Canada, 2015 à 2024 ^{a,b,c,d,e}

Province/territoire	Sexe	Année du diagnostic									
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Colombie-Britannique	Total	5,1	5,0	3,7	3,9	3,4	2,6	2,7	2,4	2,8	3,0
	Sexe masculin	8,6	8,5	6,8	6,4	5,9	4,3	4,7	4,0	4,5	5,, 1
	Sexe féminin	1,5	1,5	0,6	1,5	1,0	0,9	0,7	0,8	1,0	0,7
Yukon	Total	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
	Sexe masculin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
	Sexe féminin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Alberta ^e	Total	5,6	6,8	6,7	5,8	5,8	3,3	4,0	4,2	5,4	4,3
	Sexe masculin	6,9	9,4	9,5	7,9	6,9	4,6	5,0	5,2	7,0	5,3
	Sexe féminin	4,1	4,1	4,0	3,7	4,6	2,0	3,1	3,3	3,9	3,3
Territoires du Nord-Ouest	Total	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
	Sexe masculin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
	Sexe féminin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Nunavut	Total	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
	Sexe masculin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
	Sexe féminin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Saskatchewan	Total	14,3	15,0	15,4	14,5	17,1	15,8	20,4	19,3	19,3	18,6
	Sexe masculin	17,7	16,6	19,9	16,7	18,1	14,5	23,3	19,0	22,5	16,8
	Sexe féminin	10,8	13,3	10,9	12,4	16,1	17,1	17,4	19,5	16,2	20,3
Manitoba	Total	8,1	8,3	6,7	7,9	6,6	7,0	10,4	13,9	19,3	19,5
	Sexe masculin	10,9	11,1	9,3	9,4	7,1	7,5	10,4	13,0	19,3	18,3
	Sexe féminin	5,4	5,5	4,2	6,4	6,2	6,6	10,4	14,6	19,2	20,6
Ontario	Total	4,9	5,1	4,9	5,0	4,5	3,4	3,2	3,9	5,9	5,4
	Sexe masculin	8,2	8,3	8,1	7,9	6,9	5,4	5,1	5,6	8,4	7,4
	Sexe féminin	1,8	2,0	1,7	2,2	2,2	1,4	1,2	2,0	3,4	3,3
Québec	Total	3,7	3,6	4,2	3,7	3,5	2,5	2,8	4,7	5,1	5,1
	Sexe masculin	6,2	6,0	6,4	5,7	5,4	3,8	4,5	6,9	7,1	7,2
	Sexe féminin	1,2	1,2	1,9	1,8	1,6	1,1	1,0	2,5	3,0	2,8
Nouveau-Brunswick	Total	0,9	DS	0,9	1,8	1,8	1,3	1,0	DS	1,9	1,8
	Sexe masculin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
	Sexe féminin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Nouvelle-Écosse	Total	1,7	1,8	1,6	3,2	1,7	1,3	1,6	2,6	3,1	3,2
	Sexe masculin	3,1	2,8	3,0	4,7	2,7	1,4	2,6	4,5	5,0	4,9
	Sexe féminin	0,4	0,8	0,2	1,8	0,8	1,2	0,6	0,8	1,3	1,5
Île-du-Prince-Édouard	Total	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
	Sexe masculin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
	Sexe féminin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Terre-Neuve-et-Labrador	Total	2,1	1,5	1,7	0,6	1,1	0,9	0,8	1,1	2,4	0,7
	Sexe masculin	3,8	2,7	3,4	0,4	2,3	1,2	0,8	1,5	3,8	0,7
	Sexe féminin	0,4	0,4	0,0	0,7	0,0	0,8	0,8	0,7	1,1	0,7
National	Total	4,9	5,1	4,9	4,9	4,6	3,5	3,8	4,6	5,9	5,5
	Sexe masculin	7,6	7,9	7,7	7,2	6,5	4,9	5,4	6,1	7,9	7,2
	Sexe féminin	2,2	2,4	2,1	2,6	2,7	2,0	2,1	3,0	3,8	3,8

Abréviations : "DS", données supprimées

^a Source des données de la population: Estimations démographiques annuelles : Division Démographique, Statistique Canada, 1 juillet 2024.

^b Le taux de diagnostic du VIH pour la population totale comprend les cas où le sexe a été déclaré comme transgenre ou les cas où le sexe n’a pas été déclaré, tandis que les estimations démographiques de Statistique Canada ne comprennent que le sexe masculin et féminin.

^c Déclaration des cas du VIH pour les individus de moins de deux ans, varie selon les provinces et les territoires.

^d Depuis 2020, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Consultez les notes techniques (**Annexe 2**) sur la soumission des premiers diagnostics pour obtenir des données historiques pour chaque province ou territoire.

^e Pour l’Alberta, les rapports nationaux excluent les cas de VIH pour lesquels le lieu du premier résultat positif d’un test VIH a été identifié comme étant à l’extérieur du pays ou de la province déclarante; par conséquent, le nombre total de cas de VIH de l’ASPC peut différer de ceux déclarés par l’Alberta.

Tableau 2 : Nombre de premiers diagnostics du VIH (tous les âges) selon la province ou le territoire, le sexe et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024 ^{a,b,c,d,e}

Province/territoire	Sexe	Année du diagnostic										Total	
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	n	% ^d
Colombie-Britannique	Total	241	241	182	198	175	136	142	131	154	169	1 769	9,8
	Sexe masculin	204	204	166	160	149	111	123	107	123	144	1 491	s.o.
	Sexe féminin	37	37	14	38	26	24	18	22	28	21	265	s.o.
Yukon	Total	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	s.o.
	Sexe masculin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	s.o.
	Sexe féminin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	s.o.
Alberta ^e	Total	231	285	286	250	252	147	179	190	255	210	2 285	12,6
	Sexe masculin	145	199	202	172	151	103	111	117	164	130	1 494	s.o.
	Sexe féminin	85	85	84	78	99	43	68	73	91	79	785	s.o.
Territoires du Nord-Ouest	Total	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	s.o.
	Sexe masculin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	s.o.
	Sexe féminin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	s.o.
Nunavut	Total	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	s.o.
	Sexe masculin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	s.o.
	Sexe féminin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	s.o.
Saskatchewan	Total	160	170	177	168	199	184	238	227	234	230	1 987	11,0
	Sexe masculin	100	95	115	97	106	85	137	113	137	105	1 090	s.o.
	Sexe féminin	60	75	62	71	93	99	101	114	97	125	897	s.o.
Manitoba	Total	105	109	90	107	91	97	145	196	281	291	1 512	8,3
	Sexe masculin	70	73	62	64	49	52	73	93	142	138	816	s.o.
	Sexe féminin	35	36	28	43	42	45	72	102	138	152	693	s.o.
Ontario	Total	678	710	687	720	663	504	470	588	925	865	6 810	37,6
	Sexe masculin	551	564	561	561	499	396	372	424	652	593	5 173	s.o.
	Sexe féminin	125	138	123	157	162	103	92	155	267	265	1 587	s.o.
Québec	Total	300	296	345	314	299	211	237	407	449	462	3 320	18,3
	Sexe masculin	250	246	265	237	227	163	192	297	315	329	2 521	s.o.
	Sexe féminin	50	50	80	76	69	48	42	108	131	128	782	s.o.
Nouveau-Brunswick	Total	7	DS	7	14	14	10	8	DS	16	15	96	s.o.
	Sexe masculin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	s.o.
	Sexe féminin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	s.o.
Nouvelle-Écosse	Total	16	17	15	31	17	13	16	27	33	34	219	1,2
	Sexe masculin	14	13	14	22	13	7	13	23	26	26	171	s.o.
	Sexe féminin	2	4	1	9	4	6	3	4	7	8	48	s.o.
Île-du-Prince-Édouard	Total	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	s.o.
	Sexe masculin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	s.o.
	Sexe féminin	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	s.o.
Terre-Neuve-et-Labrador	Total	11	8	9	3	6	5	4	6	13	4	69	0,4
	Sexe masculin	10	7	9	1	6	3	2	4	10	2	54	s.o.
	Sexe féminin	1	1	0	2	0	2	2	2	3	2	15	s.o.
National	Total	1 752	1 846	1 802	1 815	1 726	1 313	1 445	1 780	2 367	2 288	18 134	100
	Sexe masculin	1 351	1 408	1 404	1 333	1 217	932	1 035	1 185	1 586	1 483	12 934	s.o.
	Sexe féminin	397	429	393	479	502	374	400	581	768	787	5 110	s.o.

Abréviations : n, nombre; s.o., sans objet; "DS", données supprimées

^a Le tableau comprend les cas où le sexe a été déclaré comme transgenre, ou les cas où le sexe n'a pas été déclaré sauf quand ils sont attribués au sexe masculin ou au sexe féminin.

^b Déclaration des cas du VIH pour les individus de moins de deux ans, varie selon les provinces et les territoires.

^c Depuis 2020, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Consultez les notes techniques (**Annexe 2**) sur la soumission des premiers diagnostics pour obtenir des données historiques pour chaque province ou territoire.

^d Les pourcentages sont calculés en fonction du total de leur catégorie respective.

^e Pour l'Alberta, les rapports nationaux excluent les cas de VIH pour lesquels le lieu du premier résultat positif d'un test VIH a été identifié comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante; par conséquent, le nombre total de cas de VIH de l'ASPC peut différer de ceux déclarés par l'Alberta.

Tableau 3 : Nombre de premiers diagnostics du VIH selon le groupe d'âge et la province ou territoire, Canada, 2023 à 2024 ^{a,b,c,d}

Province/territoire	Groupe d'âge (années)							Total
	0 à 14 ^a	15 à 19	20 à 24	25 à 29	30 à 39	40 à 59	60+	N
2024								
Colombie-Britannique	0	2	15	31	63	39	19	169
Yukon	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Alberta ^c	0	9	12	31	83	66	9	210
Territoires du Nord-Ouest	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Nunavut	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Saskatchewan	0	9	23	39	81	71	6	229
Manitoba	2	8	31	50	110	81	9	291
Ontario	3	17	65	137	300	297	45	864
Québec	0	6	41	83	135	163	34	462
Nouveau-Brunswick	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	15
Nouvelle-Écosse	0	1	5	5	10	9	4	34
Île-du-Prince-Édouard	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Terre-Neuve-et-Labrador	0	0	0	2	0	2	0	4
Total ^d	6	52	196	379	790	737	126	2 286
2023								
Colombie-Britannique	0	3	8	32	59	44	8	154
Yukon	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Alberta ^c	2	2	22	41	85	93	10	255
Territoires du Nord-Ouest	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Nunavut	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Saskatchewan	0	6	19	34	89	79	5	232
Manitoba	1	1	16	57	99	100	7	281
Ontario	1	11	72	146	296	351	46	923
Québec	4	3	30	73	149	162	28	449
Nouveau-Brunswick	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	16
Nouvelle-Écosse	0	0	3	5	10	10	5	33
Île-du-Prince-Édouard	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Terre-Neuve-et-Labrador	0	0	1	1	7	2	2	13
Total ^d	8	27	175	393	803	845	112	2 363

Abréviations : n, nombre; "DS", données supprimées

^a Déclaration des cas du VIH pour les individus de moins de deux ans, varie selon les provinces et les territoires.

^b Depuis 2020, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Consultez les notes techniques (**Annexe 2**) sur la soumission des premiers diagnostics pour obtenir des données historiques pour chaque province ou territoire.

^c Pour l'Alberta, les rapports nationaux excluent les cas de VIH pour lesquels le lieu du premier résultat positif d'un test VIH a été identifié comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante; par conséquent, le nombre total de cas de VIH de l'ASPC peut différer de ceux déclarés par l'Alberta.

^d Exclut les cas dont l'âge est inconnu et non déclaré.

Tableau 4 : Nombre de premiers diagnostics du VIH chez les adultes (≥ 15 ans) selon l’année de diagnostic et le sexe, Canada, 2015 à 2024 ^{a,b,c}

Année du diagnostic	Sexe masculin	Sexe féminin	Sexe non déclaré/ transgenre					
	Nombre de cas	Total cumulatif	Nombre de cas	Total cumulatif	Nombre de cas	Total cumulatif	Nombre de cas	Total cumulatif
2015	1 348	1 348	392	392	2	2	1 742	1 742
2016	1 402	2 750	425	817	7	9	1 834	3 576
2017	1 397	4 147	387	1 204	3	12	1 787	5 363
2018	1 326	5 473	467	1 671	3	15	1 796	7 159
2019	1 213	6 686	495	2 166	7	22	1 715	8 874
2020	930	7 616	371	2 537	6	28	1 307	10 181
2021	1 031	8 647	395	2 932	9	37	1 435	11 616
2022	1 180	9 827	573	3 505	14	51	1 767	13 383
2023	1 580	11 407	762	4 267	13	64	2 355	15 738
2024	1 480	12 887	782	5 049	18	82	2 280	18 018
Total	12 887		5 049		82		18 018	

^a Exclut les cas où l’âge n’est pas déclaré ou est inconnu.

^b Depuis 2020, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Consultez les notes techniques (**Annexe 2**) sur la soumission des premiers diagnostics pour obtenir des données historiques pour chaque province ou territoire.

^c Pour l’Alberta, les rapports nationaux excluent les cas de VIH pour lesquels le lieu du premier résultat positif d’un test VIH a été identifié comme étant à l’extérieur du pays ou de la province déclarante; par conséquent, le nombre total de cas de VIH de l’ASPC peut différer de ceux déclarés par l’Alberta.

Tableau 5 : Nombre de premiers diagnostics du VIH et taux de premiers diagnostics du VIH selon le groupe d'âge, le sexe et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024 ^{a,b,c,d,e,f}

Groupe d'âge		Année du diagnostic ^{b,c}																															
		2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021			2022			2023			2024			Total	
		Sexe	n	%	T _{DX} HIV	n	%	T _{DX} HIV	n	%	T _{DX} HIV	n	%	T _{DX} HIV	n	%	T _{DX} HIV	n	%	T _{DX} HIV	n	%	T _{DX} HIV	n	%	T _{DX} HIV	n	%	T _{DX} HIV	n	%		
Enfants < 15 ans ^f	Total	8	0,5	0,1	10	0,5	0,2	14	0,8	0,2	18	1,0	0,3	10	0,6	0,2	4	0,3	0,1	5	0,3	0,1	11	0,6	0,2	10	0,4	0,2	7	0,3	0,1	97,0	0,5
	Sexe masculin	3	0,2	0,1	6	0,4	0,2	6	0,4	0,2	6	0,5	0,2	4	0,3	0,1	2	0,2	0,1	1	0,1	0,0	3	0,3	0,1	5	0,3	0,2	3	0,2	0,1	39,0	0,3
	Sexe féminin	5	1,3	0,2	4	0,9	0,1	6	1,5	0,2	12	2,5	0,4	6	1,2	0,2	2	0,5	0,1	4	1,0	0,1	8	1,4	0,3	5	0,7	0,2	4	0,5	0,1	56,0	1,1
15 à 19 ans	Total	33	1,9	1,6	41	2,2	2,0	35	1,9	1,7	35	1,9	1,7	31	1,8	1,5	24	1,8	1,2	24	1,8	1,2	27	1,5	1,3	27	1,1	1,2	52	2,3	2,2	329,0	1,8
	Sexe masculin	18	1,3	1,7	24	1,7	2,2	26	1,9	2,4	22	1,7	2,1	21	1,7	2,0	9	1,0	0,8	9	1,0	0,8	16	1,4	1,5	15	0,9	1,3	26	1,8	2,2	188,0	1,5
	Sexe féminin	15	3,8	1,5	17	4,0	1,7	9	2,3	0,9	13	2,7	1,3	10	2,0	1,0	15	4,0	1,5	15	4,0	1,5	11	1,9	1,1	12	1,6	1,1	26	3,3	2,3	141,0	2,8
20 à 24 ans	Total	177	10,1	7,4	179	9,7	7,5	145	8,1	6,0	168	9,3	6,8	166	9,6	6,7	130	9,9	5,3	130	9,9	5,3	143	8,0	5,8	175	7,4	6,7	196	8,6	7,1	1606,0	8,9
	Sexe masculin	141	10,4	11,3	140	9,9	11,2	112	8,0	8,9	124	9,3	9,7	114	9,4	8,8	92	9,9	7,1	92	9,8	7,1	99	8,4	7,7	120	7,6	8,9	128	8,6	8,9	1150,0	8,9
	Sexe féminin	36	9,1	3,1	39	9,1	3,4	32	8,1	2,8	44	9,2	3,7	51	10,2	4,3	38	10,2	3,2	38	10,2	3,2	43	7,4	3,6	55	7,2	4,4	62	7,9	4,8	446,0	8,7
25 à 29 ans	Total	315	18,0	13,0	287	15,6	11,6	308	17,1	12,2	296	16,3	11,4	291	16,9	11,0	227	17,3	8,5	227	17,3	8,5	267	15,0	9,7	393	16,6	13,5	379	16,6	12,5	3018,0	16,7
	Sexe masculin	252	18,7	20,3	224	15,9	17,7	237	16,9	18,3	236	17,7	17,7	225	18,5	16,4	158	17,0	11,4	158	16,9	11,4	184	15,6	12,9	283	17,9	18,6	271	18,3	17,1	2259,0	17,5
	Sexe féminin	61	15,4	5,1	62	14,5	5,2	70	17,8	5,7	59	12,3	4,7	65	13,0	5,1	69	18,5	5,3	69	18,5	5,3	81	13,9	6,2	107	14,0	7,7	104	13,2	7,1	740,0	14,5
30 à 39 ans	Total	471	26,9	9,8	552	29,9	11,3	569	31,6	11,5	546	30,1	10,8	543	31,5	10,5	428	32,6	8,1	430	32,7	8,1	696	39,1	12,7	803	34,0	13,8	790	34,5	12,9	5854,0	32,3
	Sexe masculin	356	26,4	14,8	412	29,3	16,9	438	31,2	17,7	393	29,5	15,5	375	30,8	14,4	311	33,4	11,7	313	33,5	11,7	470	39,7	16,8	550	34,7	18,6	522	35,2	16,7	4150,0	32,1
	Sexe féminin	115	29,0	4,7	137	31,9	5,6	131	33,3	5,3	152	31,7	6,0	165	32,9	6,4	115	30,8	4,4	115	30,8	4,4	219	37,7	8,1	248	32,3	8,7	266	33,8	8,9	1678,0	32,9
40 à 59 ans	Total	638	36,4	6,3	668	36,2	6,6	628	34,9	6,2	636	35,1	6,3	584	33,9	5,8	409	31,2	4,1	409	31,2	4,1	525	29,5	5,2	845	35,7	8,4	737	32,2	7,2	6138,0	33,9
	Sexe masculin	500	37,0	9,8	511	36,3	10,1	495	35,3	9,8	466	35,0	9,3	409	33,6	8,2	297	31,9	5,9	298	31,9	6,0	331	28,0	6,6	538	33,9	10,7	453	30,5	8,8	4347,0	33,6
	Sexe féminin	138	34,8	2,7	154	35,9	3,0	132	33,6	2,6	169	35,3	3,3	174	34,7	3,4	110	29,5	2,2	110	29,5	2,2	190	32,7	3,8	302	39,4	5,9	280	35,6	5,4	1769,0	34,7
≥ 60 ans	Total	109	6,2	1,4	107	5,8	1,3	101	5,6	1,2	115	6,3	1,3	100	5,8	1,1	89	6,8	0,9	89	6,8	0,9	109	6,1	1,1	112	4,7	1,1	126	5,5	1,2	1073,0	5,9
	Sexe masculin	81	6,0	2,2	91	6,5	2,4	88	6,3	2,2	85	6,4	2,1	69	5,7	1,6	63	6,8	1,4	63	6,7	1,4	80	6,8	1,7	74	4,7	1,5	80	5,4	1,6	792,0	6,1
	Sexe féminin	27	6,8	0,6	16	3,7	0,4	13	3,3	0,3	30	6,3	0,6	30	6,0	0,6	24	6,4	0,5	24	6,4	0,5	29	5,0	0,6	38	5,0	0,7	44	5,6	0,8	275,0	5,4
	Total	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	1	0,1	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	1,0	0,0

Adulte, âge inconnu	Sexe masculin	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	1	0,1	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	1,0	0,0
	Sexe féminin	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0	0,0	s.o.	0,0	0,0
Tous les âges	Total	1 751	s.o.	s.o.	1 844	s.o.	s.o.	1 801	s.o.	s.o.	1 814	s.o.	s.o.	1 725	s.o.	s.o.	1 311	s.o.	s.o.	1 313	s.o.	s.o.	1 778	s.o.	s.o.	2 365	s.o.	s.o.	2 287	s.o.	s.o.	18116,0	s.o.
	Sexe masculin	1 351	s.o.	s.o.	1 408	s.o.	s.o.	1 403	s.o.	s.o.	1 332	s.o.	s.o.	1 217	s.o.	s.o.	932	s.o.	s.o.	935	s.o.	s.o.	1 183	s.o.	s.o.	1 585	s.o.	s.o.	1 483	s.o.	s.o.	12926,0	s.o.
	Sexe féminin	397	s.o.	s.o.	429	s.o.	s.o.	393	s.o.	s.o.	479	s.o.	s.o.	501	s.o.	s.o.	373	s.o.	s.o.	373	s.o.	s.o.	581	s.o.	s.o.	767	s.o.	s.o.	786	s.o.	s.o.	5105,0	s.o.
Total Adultes	Total	1 743	s.o.	s.o.	1 834	s.o.	s.o.	1 787	s.o.	s.o.	1 796	s.o.	s.o.	1 715	s.o.	s.o.	1 307	s.o.	s.o.	1 309	s.o.	s.o.	1 767	s.o.	s.o.	2 355	s.o.	s.o.	2 280	s.o.	s.o.	18019,0	s.o.
	Sexe masculin	1 348	s.o.	s.o.	1 402	s.o.	s.o.	1 397	s.o.	s.o.	1 326	s.o.	s.o.	1 213	s.o.	s.o.	930	s.o.	s.o.	933	s.o.	s.o.	1 180	s.o.	s.o.	1 580	s.o.	s.o.	1 480	s.o.	s.o.	12887,0	s.o.
	Sexe féminin	392	s.o.	s.o.	425	s.o.	s.o.	387	s.o.	s.o.	467	s.o.	s.o.	495	s.o.	s.o.	371	s.o.	s.o.	371	s.o.	s.o.	573	s.o.	s.o.	762	s.o.	s.o.	782	s.o.	s.o.	5049,0	s.o.
Groupe d'âge non déclaré	Total	1	s.o.	s.o.	2	s.o.	s.o.	1	s.o.	s.o.	1	s.o.	s.o.	1	s.o.	s.o.	2	s.o.	s.o.	2	s.o.	s.o.	2	s.o.	s.o.	2	s.o.	s.o.	1	s.o.	s.o.	18,0	s.o.
Total	Total	1 752	s.o.	s.o.	1 846	s.o.	s.o.	1 802	s.o.	s.o.	1 815	s.o.	s.o.	1 726	s.o.	s.o.	1 313	s.o.	s.o.	1 315	s.o.	s.o.	1 780	s.o.	s.o.	2 367	s.o.	s.o.	2 288	s.o.	s.o.	18134,0	s.o.

Abréviations: n, nombre; T_{DX}, taux de diagnostic; s.o., sans objet; <, moins que; ≥, supérieure ou égale à

^a Source des données de la population: Estimations démographiques annuelles : Division Démographique, Statistique Canada, 1 juillet 2024

^b Sauf quand les cas sont attribués au sexe masculin ou au sexe féminin, les cas où le sexe est inconnu ou non-déclaré ou est déclaré comme transgenre sont inclus dans les nombres, les proportions, et les taux.

^c Les pourcentages sont basés sur le nombre total des catégories respectives excluant "Groupe d'âge non déclaré".

^d Depuis 2020, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Consultez les notes techniques (**Annexe 2**) sur la soumission des premiers diagnostics pour obtenir des données historiques pour chaque province ou territoire.

^e Pour l'Alberta, les rapports nationaux excluent les cas de VIH pour lesquels le lieu du premier résultat positif d'un test VIH a été identifié comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante; par conséquent, le nombre total de cas de VIH de l'ASPC peut différer de ceux déclarés par l'Alberta.

^f Déclaration des cas du VIH pour les individus de moins de deux ans, varie selon les provinces et les territoires

Tableau 6 : Répartition et pourcentage des premiers diagnostics du VIH chez les adultes (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024
a,b,c,d,e,f,g,h,i

Catégories d'exposition		Année du diagnostic ^{a,b,c}																				Total	
		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Contacts sexuels entre hommes		758	48,4	788	48,6	746	46,6	697	44,8	631	43,0	455	41,9	469	39,7	490	34,6	630	35,9	561	32,3	6 225	41,5
Contacts sexuels entre hommes et d'utilisation de drogues injectables		46	2,9	53	3,3	35	2,2	46	3,0	49	3,3	26	2,4	43	3,6	47	3,3	78	4,4	43	2,5	466	3,1
Utilisation de drogues injectables		228	14,6	212	13,1	234	14,6	266	17,1	260	17,7	243	22,4	260	22,0	298	21,0	321	18,3	294	16,9	2 616	17,4
Sang/produits sanguins ^f	a) Receveur de sang / de facteur de coagulation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,2	1	0,1	6	0,0
	b) Receveur de sang	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	5	0,0
	c) Receveur de facteur de coagulation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Contact hétérosexuel ^g		472	30,2	490	30,2	503	31,4	477	30,7	435	29,7	347	31,9	399	33,8	551	38,9	691	39,4	666	38,3	5 031	33,6
Exposition périnatale		3	0,2	1	0,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	2	0,1	2	0,1	11	0,1
Autre ^h		58	3,7	78	4,8	83	5,2	67	4,3	90	6,1	16	1,5	11	0,9	29	2,0	30	1,7	170	9,8	632	4,2
Sous-total		1 565	100,0	1 623	100,0	1 601	100,0	1 556	100,0	1 466	100,0	1 087	100,0	1 182	100,0	1 418	100,0	1 756	100,0	1 739	100,0	14 993	100,0
Aucun risque signalé ⁱ		37	s.o.	49	s.o.	52	s.o.	59	s.o.	65	s.o.	48	s.o.	40	s.o.	75	s.o.	90	s.o.	93	s.o.	608	s.o.
Non-déclaré		141	s.o.	162	s.o.	134	s.o.	181	s.o.	184	s.o.	172	s.o.	213	s.o.	274	s.o.	509	s.o.	448	s.o.	2 418	s.o.
Total		1 743	s.o.	1 834	s.o.	1 787	s.o.	1 796	s.o.	1 715	s.o.	1 307	s.o.	1 435	s.o.	1 767	s.o.	2 355	s.o.	2 280	s.o.	18 019	s.o.

Abréviations : n, nombre; s.o., sans objet; ≥, supérieure ou égale à

^a Le tableau comprend les cas où le sexe a été déclaré comme transgenre, ou les cas où le sexe n'a pas été déclaré.
^b Exclut les cas où l'âge n'est pas déclaré ou est inconnu.
^c Les pourcentages excluent les cas avec une catégorie d'exposition inconnue, les cas sans risque identifié et les cas où la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.

- ^d Depuis 2020, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Consultez les notes techniques (**Annexe 2**) sur la soumission des premiers diagnostics pour obtenir des données historiques pour chaque province ou territoire.
- ^e Pour l'Alberta, les rapports nationaux excluent les cas de VIH pour lesquels le lieu du premier résultat positif d'un test VIH a été identifié comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante; par conséquent, le nombre total de cas de VIH de l'ASPC peut différer de ceux déclarés par l'Alberta.
- ^f Les sous-catégories « Receveur de sang » et « receveur de facteur de coagulation » ont été séparées dans la mesure du possible aux fins de déclaration.
- ^g Il convient de noter que, pour les cas recensés au Manitoba, les données recueillies en 2024 concernant les rapports hétérosexuels comme voie d'exposition ou de transmission ne peuvent être communiquées dans un format compatible. Ces cas ont donc été classés dans d'autres catégories d'exposition ; toutefois, les rapports hétérosexuels constituent un facteur important dans la transmission du VIH au Manitoba.
- ^h « Autre » comprend l'exposition professionnelle, les cas de l'Alberta identifiés par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et d'autres catégories d'exposition.
- ⁱ Comprend les cas où les antécédents d'exposition au VIH par l'un des autres modes énumérés sont inconnus, ou il n'y a pas d'antécédents d'exposition déclarés (p. ex., en raison d'un décès ou d'une perte de suivi).

Tableau 7 : Répartition et pourcentage des premiers diagnostics du VIH chez les adultes de sexe masculin (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024 ^{a,b,c,d,e,f,g,h}

Catégorie d'exposition		Année du diagnostic ^{a,b}																			Total		
		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Contacts sexuels entre hommes		758	62,4	788	63,1	746	59,9	696	60,4	627	59,4	454	57,8	467	54,2	486	50,7	627	52,1	557	49,9	6 206	57,2
Contacts sexuels entre hommes et d'utilisation de drogues injectables		46	3,8	53	4,2	35	2,8	46	4,0	49	4,6	26	3,3	43	5,0	46	4,8	77	6,4	43	3,9	464	4,3
Utilisation de drogues injectables		133	11,0	116	9,3	142	11,4	146	12,7	126	11,9	123	15,6	139	16,1	130	13,6	164	13,6	112	10,0	1 331	12,3
Sang/ produits sanguins ^e	a) Receveur de sang / de facteur de coagulation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	2	0,0
	b) Receveur de sang	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	3	0,0
	c) Receveur de facteur de coagulation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Contact hétérosexuel ^f		245	20,2	252	20,2	276	22,2	225	19,5	211	20,0	171	21,8	205	23,8	282	29,4	319	26,5	307	27,5	2 493	23,0
Exposition périnatale		1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	2	0,2	5	0,0
Autre ^g		31	2,6	39	3,1	46	3,7	37	3,2	42	4,0	12	1,5	7	0,8	13	1,4	15	1,2	94	8,4	336	3,1
Sous-total		1 214	100,0	1 249	100,0	1 245	100,0	1 152	100,0	1 056	100,0	786	100,0	861	100,0	958	100,0	1 204	100,0	1 116	100,0	10 841	100,0
Aucun risque signalé ^h		29	s.o.	37	s.o.	46	s.o.	41	s.o.	41	s.o.	26	s.o.	26	s.o.	52	s.o.	62	s.o.	66	s.o.	426	s.o.
Non-déclaré		105	s.o.	116	s.o.	106	s.o.	133	s.o.	116	s.o.	118	s.o.	144	s.o.	170	s.o.	314	s.o.	298	s.o.	1 620	s.o.
Total		1 348	s.o.	1 402	s.o.	1 397	s.o.	1 326	s.o.	1 213	s.o.	930	s.o.	1 031	s.o.	1 180	s.o.	1 580	s.o.	1 480	s.o.	12 887	s.o.

Abréviations : n, nombre; s.o., sans objet; ≥, supérieure ou égale à

^a Les pourcentages excluent les cas avec une catégorie d'exposition inconnue, les cas sans risque identifié et les cas où la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.

^b Exclut les cas où l'âge n'est pas déclaré ou est inconnu.

^c Depuis 2020, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Consultez les notes techniques (**Annexe 2**) sur la soumission des premiers diagnostics pour obtenir des données historiques pour chaque province ou territoire.

^d Pour l'Alberta, les rapports nationaux excluent les cas de VIH pour lesquels le lieu du premier résultat positif d'un test VIH a été identifié comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante; par conséquent, le nombre total de cas de VIH de l'ASPC peut différer de ceux déclarés par l'Alberta.

^e Les sous-catégories « Receveur de sang » et « receveur de facteur de coagulation » ont été séparées dans la mesure du possible aux fins de déclaration.

^f Il convient de noter que, pour les cas recensés au Manitoba, les données recueillies en 2024 concernant les rapports hétérosexuels comme voie d'exposition ou de transmission ne peuvent être communiquées dans un format compatible. Ces cas ont donc été classés dans d'autres catégories d'exposition ; toutefois, les rapports hétérosexuels constituent un facteur important dans la transmission du VIH au Manitoba.

^g « Autre » comprend l'exposition professionnelle, les cas de l'Alberta identifié par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et d'autres catégories d'exposition.

^h Comprend les cas où les antécédents d'exposition au VIH par l'un des autres modes énumérés sont inconnus, ou il n'y a pas d'antécédents d'exposition déclarés (p. ex., en raison d'un décès ou d'une perte de suivi).

Tableau 8 : Répartition et pourcentage des premiers diagnostics du VIH chez les adultes de sexe féminin (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024
a,b,c,d,e,f,g,h

Catégorie d'exposition		Année du diagnostic ^{a,b}																			Total		
		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilisation de drogues injectables		95	27,1	96	25,7	91	25,7	120	29,8	134	33,1	120	40,1	121	38,2	168	36,9	156	28,5	182	29,6	1 283	31,2
Sang/ produits sanguins ^e	a) Receveur de sang / de facteur de coagulation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5	1	0,2	4	0,1
	b) Receveur de sang	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,0
	c) Receveur de facteur de coagulation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Contact hétérosexuel ^f		227	64,9	237	63,5	226	63,8	252	62,5	223	55,1	175	58,5	192	60,6	269	59,1	372	68,0	357	58,1	2 530	61,5
Exposition périnatale		2	0,6	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4	1	0,2	0	0,0	6	0,1
Autre ^g		26	7,4	39	10,5	37	10,5	30	7,4	48	11,9	4	1,3	4	1,3	16	3,5	15	2,7	73	11,9	292	7,1
Sous-total		350	100,0	373	100,0	354	100,0	403	100,0	405	100,0	299	100,0	317	100,0	455	100,0	547	100,0	614	100,0	4 117	100,0
Aucun risque signalé ^h		8	s.o.	12	s.o.	5	s.o.	17	s.o.	24	s.o.	21	s.o.	13	s.o.	21	s.o.	26	s.o.	25	s.o.	172	s.o.
Non-déclaré		34	s.o.	40	s.o.	28	s.o.	47	s.o.	66	s.o.	51	s.o.	65	s.o.	97	s.o.	189	s.o.	143	s.o.	760	s.o.
Total		392	s.o.	425	s.o.	387	s.o.	467	s.o.	495	s.o.	371	s.o.	395	s.o.	573	s.o.	762	s.o.	782	s.o.	5 049	s.o.

Abréviations : n, nombre; s.o., sans objet; ≥, supérieure ou égale à

^a Les pourcentages excluent les cas avec une catégorie d'exposition inconnue, les cas sans risque identifié et les cas où la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.

^b Exclut les cas où l'âge n'est pas déclaré ou est inconnu.

^c Depuis 2020, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Consultez les notes techniques (**Annexe 2**) sur la soumission des premiers diagnostics pour obtenir des données historiques pour chaque province ou territoire.

^d Pour l'Alberta, les rapports nationaux excluent les cas de VIH pour lesquels le lieu du premier résultat positif d'un test VIH a été identifié comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante; par conséquent, le nombre total de cas de VIH de l'ASPC peut différer de ceux déclarés par l'Alberta.

^e Les sous-catégories « Receveur de sang » et « receveur de facteur de coagulation » ont été séparées dans la mesure du possible aux fins de déclaration.

^f Il convient de noter que, pour les cas recensés au Manitoba, les données recueillies en 2024 concernant les rapports hétérosexuels comme voie d'exposition ou de transmission ne peuvent être communiquées dans un format compatible. Ces cas ont donc été classés dans d'autres catégories d'exposition ; toutefois, les rapports hétérosexuels constituent un facteur important dans la transmission du VIH au Manitoba.

^g « Autre » comprend l'exposition professionnelle, les cas de l'Alberta identifié par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et d'autres catégories d'exposition.

^h Comprend les cas où les antécédents d'exposition au VIH par l'un des autres modes énumérés sont inconnus, ou il n'y a pas d'antécédents d'exposition déclarés (p. ex., en raison d'un décès ou d'une perte de suivi).

Tableau 9 : Répartition et pourcentage des premiers diagnostics du VIH chez les adultes (≥ 15 ans), selon la catégorie d'exposition et le groupe d'âge, Canada, 2023 à 2024
a,b,c,d,e,f,g,h

Catégorie d'exposition ^a	Groupe d'âge (années) ^b															
	15 à 19		20 à 24		25 à 29		30 à 39		40 à 59		≥ 60		Groupe d'âge non déclaré		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2024																
Contacts sexuels entre hommes	13	25,0	71	36,2	133	35,1	187	23,7	131	17,8	26	20,6	0	0	561	24,6
Contacts sexuels entre hommes et d'utilisation de drogues injectables	0	0,0	5	2,6	6	1,6	21	2,7	9	1,2	2	1,6	0	0	43	1,9
Utilisation de drogues injectables	5	9,6	28	14,3	54	14,2	114	14,4	87	11,8	6	4,8	0	0	294	12,9
Sang/produits sanguins ^e	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	1	0,8	0	0	3	0,1
Contact hétérosexuel ^f	11	21,2	41	20,9	91	24,0	221	28,0	253	34,3	49	38,9	0	0	666	29,2
Exposition périnatale	0	0,0	1	0,5	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	2	0,1
Autre ^g	8	15,4	17	8,7	18	4,7	58	7,3	60	8,1	9	7,1	0	0	170	7,5
Aucun risque signalé ^h	3	5,8	8	4,1	17	4,5	31	3,9	27	3,7	7	5,6	0	0	93	4,1
Non-déclaré	12	23,1	25	12,8	59	15,6	158	20,0	168	22,8	26	20,6	0	0	448	19,6
2024 Total	52	100,0	196	100,0	379	100,0	790	100,0	737	100,0	126	100,0	0	s.o.	2 280	100,0
2023																
Contacts sexuels entre hommes	8	29,6	68	38,9	164	41,7	213	26,5	156	18,5	21	18,8	0	0,0	630	26,8
Contacts sexuels entre hommes et d'utilisation de drogues injectables	0	0,0	8	4,6	23	5,9	28	3,5	18	2,1	1	0,9	0	0,0	78	3,3
Utilisation de drogues injectables	4	14,8	26	14,9	55	14,0	122	15,2	107	12,7	7	6,3	0	0,0	321	13,6
Sang/produits sanguins ^e	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	1	0,1	1	0,9	0	0,0	4	0,2
Contact hétérosexuel ^f	9	33,3	33	18,9	68	17,3	224	27,9	310	36,7	47	42,0	0	0,0	691	29,3
Exposition périnatale	0	0,0	2	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1
Autre ^g	0	0,0	1	0,6	3	0,8	9	1,1	15	1,8	2	1,8	0	0,0	30	1,3
Aucun risque signalé ^h	1	3,7	11	6,3	9	2,3	32	4,0	34	4,0	3	2,7	0	0,0	90	3,8
Non-déclaré	5	18,5	26	14,9	71	18,1	173	21,5	204	24,1	30	26,8	0	0,0	509	21,6
2023 Total	27	100,0	175	100,0	393	100,0	803	100,0	845	100,0	112	100,0	0	s.o.	2 355	100,0

Abréviations : n, nombre; s.o., sans objet; ≥, supérieure ou égale à

^a Les pourcentages excluent les cas avec une catégorie d'exposition inconnue, les cas sans risque identifié et les cas où la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.

^b Exclut les cas où l'âge n'est pas déclaré ou est inconnu.

^c Depuis 2020, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Consultez les notes techniques (**Annexe 2**) sur la soumission des premiers diagnostics pour obtenir des données historiques pour chaque province ou territoire.

^d Pour l'Alberta, les rapports nationaux excluent les cas de VIH pour lesquels le lieu du premier résultat positif d'un test VIH a été identifié comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante; par conséquent, le nombre total de cas de VIH de l'ASPC peut différer de ceux déclarés par l'Alberta.

^e Tous les cas de VIH chez le receveur de sang/de facteur de coagulation, le receveur de sang, le receveur de facteur de coagulation ont été attribués aux catégories « Sang/produits sanguins ».

^f Il convient de noter que, pour les cas recensés au Manitoba, les données recueillies en 2024 concernant les rapports hétérosexuels comme voie d'exposition ou de transmission ne peuvent être communiquées dans un format compatible. Ces cas ont donc été classés dans d'autres catégories d'exposition ; toutefois, les rapports hétérosexuels constituent un facteur important dans la transmission du VIH au Manitoba.

^g « Autre » comprend l'exposition professionnelle, les cas de l'Alberta identifiés par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et d'autres catégories d'exposition.

^h Comprend les cas où les antécédents d'exposition au VIH par l'un des autres modes énumérés sont inconnus, ou il n'y a pas d'antécédents d'exposition déclarés (p. ex., en raison d'un décès ou d'une perte de suivi).

Tableau 10 : Répartition et pourcentage des premiers diagnostics du VIH chez les enfants (< 15 ans), selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostic, Canada, 2015 à 2024 ^{a,b,c,d,e,f,g}

Catégorie d'exposition	Année du diagnostic ^{a,b}																				Total			
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sang/produits sanguins ^e																								
a) Receveur de sang / de facteur de coagulation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
b) Receveur de sang	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
c) Receveur de facteur de coagulation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Exposition périnatale	3	50,0	3	50,0	5	45,5	8	61,5	3	50,0	4	100,0	3	75,0	6	85,7	4	50,0	5	83,3	44	62,0		
Autre ^f	3	50,0	3	50,0	6	54,5	5	38,5	3	50,0	0	0,0	1	25,0	1	14,3	4	50,0	1	16,7	27	38,0		
Sous-total	6	100	6	100	11	100	13	100	6	100	4	100	4	100	7	100	8	100	6	100	71	100		
Aucun risque signalé ^g	1	s.o.	2	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	1	s.o.	1	s.o.	1	s.o.	0	s.o.	6	s.o.		
Non déclaré	1	s.o.	2	s.o.	3	s.o.	5	s.o.	4	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	3	s.o.	1	s.o.	1	s.o.	20	s.o.		
Total	8	s.o.	10	s.o.	14	s.o.	18	s.o.	10	s.o.	4	s.o.	5	s.o.	11	s.o.	10	s.o.	7	s.o.	97	s.o.		

Abréviations : n, nombre; s.o., sans objet; <, inférieure à

^a Les pourcentages excluent les cas avec une catégorie d'exposition inconnue, les cas sans risque identifié et les cas où la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.

^b Exclut les cas où l'âge n'est pas déclaré ou est inconnu.

^c Depuis 2020, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Consultez les notes techniques (**Annexe 2**) sur la soumission des premiers diagnostics pour obtenir des données historiques pour chaque province ou territoire.

^d Pour l'Alberta, les rapports nationaux excluent les cas de VIH pour lesquels le lieu du premier résultat positif d'un test VIH a été identifié comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante; par conséquent, le nombre total de cas de VIH de l'ASPC peut différer de ceux déclarés par l'Alberta.

^e Il n'est pas toujours possible de séparer « receveur de sang » de « receveur de facteur de coagulation ». Toutefois, ils ont été séparés dans la mesure du possible aux fins de déclaration.

^f « Autre » comprend les cas de l'Alberta identifié par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et d'autres catégories d'exposition.

^g Comprend les cas où les antécédents d'exposition au VIH par l'un des autres modes énumérés sont inconnus, ou il n'y a pas d'antécédents d'exposition déclarés (p. ex., en raison d'un décès ou d'une perte de suivi).

Tableau 11 : Nombre premiers diagnostics du VIH selon la catégorie d'exposition et la province ou le territoire, Canada, 2023 à 2024 ^{a,b,c,d,e,f,g,h}

Catégorie d'exposition	Province/Territoire ^a													Total	
	BC	YT	AB ^b	NT	NU	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL	n	% ^c
2024															
Contacts sexuels entre hommes	82	DS	33	DS	DS	9	15	210	197	DS	10	DS	1	561	32,1
Contacts sexuels entre hommes et utilisation de drogues injectables	5	DS	6	DS	DS	0	9	10	13	DS	0	DS	0	43	2,5
Utilisation de drogues injectables	2	DS	21	DS	DS	94	150	13	6	DS	3	DS	1	294	16,8
Sang/produits sanguins ^e	0	DS	0	DS	DS	0	1	0	0	DS	1	DS	0	3	0,2
Contact hétérosexuel ^f	60	DS	55	DS	DS	82	0	209	244	DS	7	DS	0	666	38,2
Exposition périnatale	0	DS	1	DS	DS	1	1	2	0	DS	0	DS	0	7	0,4
Autre ^g	3	DS	84	DS	DS	0	84	0	0	DS	0	DS	0	171	9,8
2024 Sous-total	152	DS	200	DS	DS	186	260	444	460	12	21	DS	2	1745	100,0
Aucun risque signalé ^h	0	DS	0	DS	DS	44	0	44	2	DS	0	DS	0	93	s.o.
Non déclaré	17	DS	10	DS	DS	0	31	377	0	DS	13	DS	2	450	s.o.
2024 Total	169	DS	210	DS	DS	230	291	865	462	15	34	DS	4	2 288	s.o.
2023															
Contacts sexuels entre hommes	71	DS	63	DS	DS	16	9	264	182	8	12	DS	2	630	35,7
Contacts sexuels entre hommes et utilisation de drogues injectables	8	DS	14	DS	DS	3	11	18	18	DS	3	DS	2	78	4,4
Utilisation de drogues injectables	9	DS	26	DS	DS	97	153	24	5	DS	6	DS	1	322	18,3
Sang/produits sanguins ^e	0	DS	0	DS	DS	0	4	0	0	DS	0	DS	0	4	0,2
Contact hétérosexuel ^f	44	DS	94	DS	DS	79	33	186	237	DS	7	DS	6	693	39,3

Exposition périnatale	0	DS	2	DS	DS	2	0	0	2	DS	0	DS	0	6	0,3
Autre ^g	1	DS	26	DS	DS	3	0	0	0	DS	1	DS	0	31	1,8
2023 Sous-total	133	DS	225	DS	DS	200	210	492	444	14	29	DS	11	1764	100,0
Aucun risque signalé ^h	1	DS	0	DS	DS	34	2	47	5	DS	0	DS	0	91	s.o.
Non déclaré	20	DS	30	DS	DS	0	69	386	0	DS	4	DS	2	512	s.o.
2023 Total	154	DS	255	DS	DS	234	281	925	449	16	33	DS	13	2 367	s.o.

Abréviations : n, nombre; s.o., sans objet; DS, données supprimées; BC, Colombie-Britannique; YT, Yukon; AB, Alberta; NT, Territoires du Nord-Ouest; NU, Nunavut; SK, Saskatchewan; MB, Manitoba; ON, Ontario; QC, Québec; NB, Nouveau-Brunswick; NS, Nouvelle-Écosse; PE, Île-du-Prince-Édouard; NL, Terre-Neuve-et-Labrador

^a Déclaration des cas du VIH pour les individus de moins de deux ans, varie selon les provinces et les territoires.

^b Pour l'Alberta, les rapports nationaux excluent les cas de VIH pour lesquels le lieu du premier résultat positif d'un test VIH a été identifié comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante; par conséquent, le nombre total de cas de VIH de l'ASPC peut différer de ceux déclarés par l'Alberta.

^c Les pourcentages excluent les cas avec une catégorie d'exposition inconnue, les cas sans risque identifié et les cas où la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.

^d Depuis 2020, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Consultez les notes techniques (**Annexe 2**) sur la soumission des premiers diagnostics pour obtenir des données historiques pour chaque province ou territoire.

^e Tous les cas de VIH chez le receveur de sang / facteur de coagulation, receveur de sang, receveur de facteurs de coagulation des catégories d'exposition ont été attribués à Sang / produits sanguins.

^f Il convient de noter que, pour les cas recensés au Manitoba, les données recueillies en 2024 concernant les rapports hétérosexuels comme voie d'exposition ou de transmission ne peuvent être communiquées dans un format compatible. Ces cas ont donc été classés dans d'autres catégories d'exposition ; toutefois, les rapports hétérosexuels constituent un facteur important dans la transmission du VIH au Manitoba.

^g Autre comprend l'exposition professionnelle, les cas de l'Alberta identifiés par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et d'autres catégories d'exposition.

^h Comprend les cas où les antécédents d'exposition au VIH par l'un des autres modes énumérés sont inconnus, ou il n'y a pas d'antécédents d'exposition déclarés (p. ex., en raison d'un décès ou d'une perte de suivi).

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 et le lieu du test, 2015 à 2024 ^{a, b, c, d}

Année ^{b, c}	Testé au Canada		Testé à l’étranger	
	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	% ^d	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	% ^d
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
2021	453	52,4	412	47,6
2022	1 032	48,7	1 087	51,3
2023	1 645	51,5	1 548	48,5
2024	1 699	53,6	1 468	46,4
Total	7 867	54,5	6 570	45,5

Abréviations : %, pourcentage

^a Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, 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 2024. 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.

^c Pour les candidats testés à l’étranger, l’année correspond à l’année où le candidat est arrivé au Canada.

^d 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 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, 2015 à 2024 ^{a,b,c,d,e,f}

	Testé au Canada		Testé à l'étranger	
	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	%	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	%
Sexe ^b				
Masculin	4654	59,3%	3868	59,0%
Féminin	3197	40,7%	2689	41,0%
Groupe d'âge ^c				
<20	104	1,3%	351	5,3%
20 à 29	1490	18,9%	1920	29,2%
30 à 39	2957	37,6%	2245	34,2%
40 à 49	2025	25,7%	1092	16,6%
50 ou plus	1291	16,4%	962	14,6%
Province ^{d,e}				
AB	697	8,9%	733	12,6%
BC	616	7,8%	706	12,1%
MB	173	2,2%	271	4,7%
ON	3959	50,3%	2163	37,2%
QC	2225	28,3%	1396	24,0%
SK	70	0,9%	166	2,9%
Provinces de l'Atlantique ^f	127	1,6%	361	6,2%
Territoires ^f	0	0,0%	20	0,3%

^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 2024. Reproduit et distribué avec la permission d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.

^b Exclut les cas où le sexe a été déclaré comme transgenre ou les cas où le sexe n'a pas été déclaré.

^c Exclut les cas où l'âge n'est pas déclaré ou est inconnu.

^d 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.

^e Exclut les cas où la province est inconnue ou non déclarée.

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

Tableau 14 : Nombre de nourrissons nés au Canada et exposés au VIH pendant la période périnatale, selon la catégorie d'exposition de la personne enceinte et l'année de naissance du nourrisson, 1984 à 2024 ^{a,b}

Catégorie d'exposition de la personne enceinte	Année de naissance																		Total	
	1984-2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	% ^a
Catégorie d'exposition de la personne enceinte	1 036	23,2	55	25,0	46	18,7	35	16,5	32	14,8	40	21,9	36	17,1	36	17,4	27	12,7	1 343	21,8
Produits sanguins / transfusion / médical	80	1,8	4	1,8	4	1,6	5	2,4	8	3,7	1	0,5	2	1,0	4	1,9	4	1,9	112	1,8
Contact hétérosexuel	3 272	73,2	151	68,6	189	76,8	162	76,4	161	74,5	126	68,9	158	75,2	159	76,8	167	78,4	4 545	73,6
Périnatale ^b	47	1,1	8	3,6	6	2,4	7	3,3	11	5,1	12	6,6	14	6,7	6	2,9	11	5,2	122	2,0
Autre	32	0,7	2	0,9	1	0,4	3	1,4	4	1,9	4	2,2	0	0,0	2	1,0	4	1,9	52	0,8
Aucun risque signalé	485	s.o.	44	s.o.	35	s.o.	49	s.o.	39	s.o.	29	s.o.	32	s.o.	41	s.o.	45	s.o.	799	s.o.
Total	4 952	100, 0	264	100, 0	281	100, 0	261	100, 0	255	100, 0	212	100, 0	242	100, 0	248	100, 0	258	100, 0	6 973	100,0

Abréviations : n, nombre; s.o., sans objet
Source des données : Données du PSPVC reçues le 23 février 2026

^a Pourcentages fondés sur le nombre total moins les rapports pour lesquels aucun risque n'a été identifié.
^b Cette catégorie comprend les nourrissons nés de personnes ayant contracté le VIH pendant la période périnatale.

Tableau 15 : Nombre de nourrissons nés au Canada et 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 2024 ^{a,b,c}

		Année de naissance									Total
		1984 à 2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Pas de prophylaxie périnatale par TAR											
Confirmé vivant avec le VIH	Total	709	9	5	6	2	2	2	3	1	739
	Asymptomatique	40	3	4	4	0	1	2	2	1	57
	Symptomatique	17	2	0	1	0	0	0	1	0	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	243	4	1	1	2	1	0	0	0	252
	Soins aux adultes ^b	299	0	0	0	0	0	0	0	0	299
Confirmé ne vivant pas avec le VIH		528	10	6	4	4	2	6	4	5	569
Statut VIH non confirmé	Total	26	0	0	0	1	0	1	0	2	30
	Indéterminé	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	Perdu de vue ^c	26	0	0	0	1	0	1	0	0	28
Sous-total		1 263	19	11	10	7	4	9	7	8	1 338
Toute prophylaxie périnatale par TAR											
Confirmé vivant avec le VIH	Total	33	1	2	0	2	0	3	2	0	43
	Asymptomatique	5	0	0	0	2	0	3	2	0	12
	Symptomatique	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	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	13	1	2	0	0	0	0	0	0	16
	Soins aux adultes ^b	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9

Confirmé ne vivant pas avec le VIH		3560	238	256	236	234	199	214	225	179	5341
Statut VIH non confirmé	Total	33	4	9	11	8	6	12	9	68	160
	Indéterminé	0	0	0	0	0	0	0	0	66	66
	Perdu de vue ^c	33	4	9	11	8	6	12	9	2	94
Sous-total		3 626	243	267	247	244	205	229	236	247	5 544
Exposition à la prophylaxie TAR périnatale inconnue											
Confirmé vivant avec le VIH		38	1	1	0	1	1	1	0	0	43
Confirmé ne vivant pas avec le VIH		24	1	0	3	2	2	3	4	2	41
Statut VIH non confirmé		1	0	2	1	1	0	0	1	1	7
Sous-total		63	2	3	4	4	3	4	5	3	91
Total		4 952	264	281	261	255	212	242	248	258	6 973

^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 2022 et qui ont été transférés vers des soins pour adultes. .

^c Inclut également les nourrissons qui sont décédés avant que le statut ne soit déterminé définitivement.

Tableau 16 : Nombre de nourrissons nés au Canada et exposés au VIH pendant la période périnatale selon la région géographique et statut lors du dernier rapport, 1984 à 2024 ^{a,b}

	Confirmé vivant avec le VIH							Confirmé ne vivant pas avec le VIH	Statut VIH non confirmé			Total	
	Asymptomatique	Symptomatique	Décédé du sida	Décédé d’une autre cause	Perdu de vue infecté ^a	Soins aux adultes	Sous-total		Indéterminé	Perdu de vue ^a	Sous- total	n	%
C-B	8	3	4	2	20	50	87	684	2	7	9	780	11,2
Alberta	19	0	5	1	31	41	97	879	9	21	30	1006	14,4
Saskatchewan	21	0	1	0	1	11	34	615	14	23	37	686	9,8
Manitoba	0	0	1	0	8	2	11	380	4	5	9	400	5,7
Ontario	9	20	40	6	164	85	324	1954	33	40	73	2351	33,7
Québec	25	2	44	1	48	129	249	1385	5	29	34	1668	23,9
Atlantique	2	0	5	1	10	4	22	53	2	2	4	79	1,1
Yukon/T-N-O	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	3	0,0
Total	84	25	101	11	282	322	825	5 951	69	128	197	6973	100,0
% de sous- total	10,2	3,0	12,2	1,3	34,2	39,0	100,0	100,0	35,0	65,0	100,0	s.o.	s.o.
% du total	1,2	0,4	1,4	0,2	4,0	4,6	11,8	85,3	1,0	1,8	2,8	s.o.	s.o.

Abréviations : n, nombre; s.o., sans objet
Data Source: Données du PSPVC reçues le 23 février 2026

^a Inclut également les nourrissons qui sont décédés avant que le statut ne soit déterminé définitivement.

Tableau 17 : Nombre de nourrissons canadiens et exposés au VIH pendant la période périnatale selon la race et/ou l'origine ethnique et le statut VIH, 1984 à 2024 ^{a,b,c,d,e}

			Année de naissance																				Total	
			1984 à 1996		1997 à 2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Blanc	Total		291	36,9	861	20,7	38	14,4	46	16,4	36	13,8	32	12,5	23	10,8	26	10,7	28	11,3	18	7,0	1399	20,1
	Cohorte prospective	Confirmé vivant avec le VIH	29	16,4	13	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	1	3,6	0	0,0	44	3,5
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	148	83,6	818	98,4	35	100,0	46	100,0	35	100,0	31	100,0	22	95,7	25	100,0	27	96,4	14	100,0	1201	96,5
	Cohorte rétrospective	Confirmé vivant avec le VIH	76	72,4	13	72,2	1	100,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	92	73,0
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	29	27,6	5	27,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	34	27,0
	Statut VIH non confirmé		9	s.o.	12	s.o.	2	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	1	s.o.	0	s.o.	4	s.o.	28	s.o.
	Noir ^a	Total		345	43,7	2121	50,9	136	51,5	159	56,6	152	58,2	152	59,6	109	51,4	129	53,3	140	56,5	160	62,0	3603
Cohorte prospective		Confirmé vivant avec le VIH	32	21,3	30	1,6	1	0,8	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,7	0	0,0	67	2,2
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	118	78,7	1809	98,4	128	99,2	146	98,6	137	100,0	146	100,0	106	100,0	125	99,2	133	99,3	114	100,0	2962	97,8

	Cohorte rétrospective	Confirmé vivant avec le VIH	170	90,4	256	94,5	4	80,0	4	100,0	4	100,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	439	92,8
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	18	9,6	15	5,5	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	34	7,2
	Statut VIH non confirmé		7	s.o.	11	s.o.	2	s.o.	7	s.o.	11	s.o.	5	s.o.	3	s.o.	3	s.o.	6	s.o.	46	s.o.	101	s.o.
Latino-Américain ^b	Total		11	1,4	46	1,1	3	1,1	2	0,7	6	2,3	4	1,6	5	2,4	5	2,1	0	0,0	1	0,4	83	1,2
	Cohorte prospective	Confirmé vivant avec le VIH	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	7,0
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	2	28,6	40	100,0	2	100,0	2	100,0	6	100,0	4	100,0	5	100,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	66	93,0
	Cohorte rétrospective	Confirmé vivant avec le VIH	4	100,0	2	66,7	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	87,5
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5
	Statut VIH non confirmé		0	s.o.	3	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	1	s.o.	4	s.o.
Autochtone ^c	Total		76	9,6	828	19,9	69	26,1	60	21,4	52	19,9	54	21,2	60	28,3	65	26,9	61	24,6	59	22,9	1384	19,8
	Cohorte prospective	Confirmé vivant avec le VIH	11	21,6	25	3,1	1	1,5	2	3,6	1	2,0	3	6,1	1	1,7	4	7,0	3	5,3	1	2,3	52	4,0
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	40	78,4	779	96,9	67	98,5	54	96,4	50	98,0	46	93,9	57	98,3	53	93,0	54	94,7	42	97,7	1242	96,0

	Cohorte rétrospective	Confirmé vivant avec le VIH	14	63,6	7	50,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	59,5
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	8	36,4	7	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	40,5
	Statut VIH non confirmé		3	s.o.	10	s.o.	0	s.o.	4	s.o.	1	s.o.	5	s.o.	2	s.o.	8	s.o.	4	s.o.	16	s.o.	53	s.o.
	Total		24	3,0	148	3,6	5	1,9	6	2,1	12	4,6	7	2,7	3	1,4	5	2,1	9	3,6	7	2,7	226	3,2
Asiatique ^d	Cohorte prospective	Confirmé vivant avec le VIH	0	0,0	2	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,1
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	7	100,0	118	98,3	5	100,0	6	100,0	12	100,0	7	100,0	3	100,0	5	100,0	9	100,0	5	100,0	177	98,9
	Cohorte rétrospective	Confirmé vivant avec le VIH	15	88,2	28	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	43	95,6
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	2	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,4
	Statut VIH non confirmé		0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	2	s.o.	2	s.o.
	Total		10	1,3	73	1,8	10	3,8	5	1,8	2	0,8	6	2,4	6	2,8	3	1,2	6	2,4	2	0,8	123	1,8
Autre ^e	Cohorte prospective	Confirmé vivant avec le VIH	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	3	75,0	66	100,0	10	100,0	5	100,0	2	100,0	6	100,0	6	100,0	3	100,0	6	100,0	2	100,0	109	99,1

	Cohorte rétrospective	Confirmé vivant avec le VIH	3	50,0	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	61,5
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	3	50,0	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	38,5
	Statut VIH non confirmé		0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.
	Inconnu	Total	32	4,1	86	2,1	3	1,1	3	1,1	1	0,4	0	0,0	6	2,8	9	3,7	4	1,6	11	4,3	155	2,2
	Cohorte prospective	Confirmé vivant avec le VIH	1	100,0	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,5
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	0	0,0	53	96,4	1	100,0	3	100,0	1	100,0	0	0,0	4	100,0	7	100,0	4	100,0	9	100,0	82	96,5
	Cohorte rétrospective	Confirmé vivant avec le VIH	10	33,3	26	96,3	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	40	65,6
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	20	66,7	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	34,4
	Statut VIH non confirmé		1	s.o.	4	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	1	s.o.	1	s.o.	0	s.o.	2	s.o.	9	s.o.
	Total	Total	789	100,0	4163	100,0	264	100,0	281	100,0	261	100,0	255	100,0	212	100,0	242	100,0	248	100,0	258	100,0	6973	100,0
	Cohorte prospective	Confirmé vivant avec le VIH	79	19,9	72	1,9	2	0,8	4	1,5	1	0,4	3	1,2	2	1,0	5	2,2	5	2,1	1	0,5	174	2,9
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	318	80,1	3683	98,1	248	99,2	262	98,5	243	99,6	240	98,8	203	99,0	223	97,8	233	97,9	186	99,5	5839	97,1

	Cohorte rétrospectiv e	Confirmé vivant avec le VIH	29 2	78,5	337	91,6	9	90,0	4	100, 0	5	100, 0	2	100, 0	1	100, 0	1	100, 0	0	0,0	0	0,0	651	85,3
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	80	21,5	31	8,4	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	112	14,7
	Statut VIH non confirmé		20	s.o.	40	s.o.	4	s.o.	11	s.o.	12	s.o.	10	s.o.	6	s.o.	13	s.o.	10	s.o.	71	s.o.	197	s.o.

Abréviations : n, nombre; s.o., sans objet
Source des données : Données du PSPVC reçues le 23 février 2026

- ^a Par exemple, africain, somalien, haïtien, jamaïcain.
- ^b Par exemple, mexicain, centrale- ou sud-américain.
- ^c Inclut Inuit, Métis, Premières nations, and Autochtone non précisé autrement.
- ^d Par exemple, chinois, japonais, vietnamien, cambodgien, indonésien, laotien, coréen, philippin, libanais.
- ^e « Autre » comprend les cas désignés comme arabe/asiatique de l'Ouest.

La cohorte prospective comprend les enfants nés au Canada et identifiés avant la naissance ou dans les trois mois suivant la naissance.
 La cohorte rétrospective comprend les enfants identifiés 3 mois après la naissance ou les enfants nés à l'étranger.
 Les données avant 2016 ont été regroupées en deux périodes : 1984 à 1996 (avant TAR) et 1997 à 2016 (époque de TAR).

Table 18 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale selon le pays de naissance de la personne qui était enceinte et statut VIH, 1984 à 2024

			Année de naissance																				Total	
			1984 à 1996		1997 à 2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amérique du Nord	Total		352	44,6	1742	41,8	114	43,2	108	38,4	90	34,5	90	35,3	96	45,3	99	40,9	77	31,0	80	31,0	2848	40,8
	Cohorte prospective	Confirmé vivant avec le VIH	41	17,4	37	2,2	1	0,9	2	1,9	1	1,1	3	3,6	2	2,2	4	4,4	3	4,1	1	1,6	95	3,6
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	195	82,6	1652	97,8	110	99,1	102	98,1	88	98,9	81	96,4	91	97,8	86	95,6	71	95,9	61	98,4	2537	96,4
	Cohorte rétrospective	Confirmé vivant avec le VIH	73	68,9	18	60,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	67,6
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	33	31,1	12	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	45	32,4
	Statut VIH non confirmé		10	s.o.	23	s.o.	1	s.o.	4	s.o.	1	s.o.	5	s.o.	3	s.o.	9	s.o.	3	s.o.	18	s.o.	77	s.o.
	Afrique	Total		174	22,1	1 735	41,7	113	42,8	132	47,0	126	48,3	122	47,8	88	41,5	95	39,3	117	47,2	137	53,1	2839
Cohorte prospective		Confirmé vivant avec le VIH	11	22,4	23	1,5	1	0,9	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	1,5
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	38	77,6	1471	98,5	107	99,1	121	99,2	113	100,0	116	100,0	84	100,0	93	100,0	111	100,0	96	100,0	2350	98,5
Cohorte rétrospective		Confirmé vivant avec le VIH	112	91,8	216	93,1	3	100,0	4	100,0	3	100,0	1	100,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	340	92,9
		Confirmé ne vivant	10	8,2	16	6,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	26	7,1

		pas avec le VIH																						
	Statut VIH non confirmé		3	s.o.	9	s.o.	2	s.o.	6	s.o.	10	s.o.	5	s.o.	3	s.o.	2	s.o.	6	s.o.	41	s.o.	87	s.o.
Caraïbes	Total		161	20,4	305	7,3	16	6,1	20	7,1	17	6,5	19	7,5	14	6,6	25	10,3	22	8,9	15	5,8	614	8,8
	Cohorte prospective	Confirmé vivant avec le VIH	21	24,1	7	2,5	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,0	1	4,5	0	0,0	31	6,2
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	66	75,9	269	97,5	15	100,0	19	95,0	16	100,0	19	100,0	14	100,0	24	96,0	21	95,5	10	100,0	473	93,8
	Cohorte rétrospective	Confirmé vivant avec le VIH	60	85,7	26	96,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	86	87,8
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	10	14,3	1	3,7	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	12,2
	Statut VIH non confirmé		4	s.o.	2	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	1	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	5	s.o.	12	s.o.
Amérique centrale et Amérique du sud	Total		18	2,3	58	1,4	5	1,9	5	1,8	7	2,7	4	1,6	5	2,4	5	2,1	1	0,4	1	0,4	109	1,6
	Cohorte prospective	Confirmé vivant avec le VIH	4	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	4,3
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	5	55,6	52	100,0	4	100,0	5	100,0	7	100,0	4	100,0	5	100,0	5	100,0	1	100,0	0	0,0	88	95,7
	Cohorte rétrospective	Confirmé vivant avec le VIH	9	100,0	4	100,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	100,0
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

	Statut VIH non confirmé		0	s.o.	2	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	1	s.o.	3	s.o.		
Asie et Océanie	Total		18	2,3	156	3,7	7	2,7	7	2,5	11	4,2	10	3,9	4	1,9	7	2,9	14	5,6	8	3,1	242	3,5
	Cohorte prospective	Confirmé vivant avec le VIH	0	0,0	2	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,0
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	6	100,0	122	98,4	7	100,0	7	100,0	11	100,0	10	100,0	4	100,0	7	100,0	14	100,0	6	100,0	194	99,0
	Cohorte rétrospective	Confirmé vivant avec le VIH	12	100,0	32	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	44	100,0
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Statut VIH non confirmé		0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	2	s.o.	2	s.o.
	Europe	Total		26	3,3	46	1,1	4	1,5	2	0,7	4	1,5	3	1,2	3	1,4	4	1,7	11	4,4	6	2,3	109
Cohorte prospective		Confirmé vivant avec le VIH	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	5	83,3	40	100,0	4	100,0	2	100,0	3	100,0	3	100,0	3	100,0	4	100,0	11	100,0	4	100,0	79	98,8
Cohorte rétrospective		Confirmé vivant avec le VIH	15	78,9	5	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	84,0
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	4	21,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	16,0
Statut VIH non confirmé		1	s.o.	1	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	2	s.o.	4	s.o.	

Inconnu	Total		40	5,1	121	2,9	5	1,9	7	2,5	6	2,3	7	2,7	2	0,9	7	2,9	6	2,4	11	4,3	212	3,0
	Cohorte prospective	Confirmé vivant avec le VIH	1	25,0	3	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	5	4,1
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	3	75,0	77	96,3	1	100,0	6	100,0	5	100,0	7	100,0	2	100,0	4	100,0	4	80,0	9	100,0	118	95,9
	Cohorte rétrospective	Confirmé vivant avec le VIH	11	32,4	36	94,7	3	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	52	67,5
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	23	67,6	2	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	32,5
	Statut VIH non confirmé		2	s.o.	3	s.o.	1	s.o.	1	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	0	s.o.	2	s.o.	1	s.o.	2	s.o.	12	s.o.
Total	Total		789	100,0	4163	100,0	264	100,0	281	100,0	261	100,0	255	100,0	212	100,0	242	100,0	248	100,0	258	100,0	6973	100,0
	Cohorte prospective	Confirmé vivant avec le VIH	79	19,9	72	1,9	2	0,8	4	1,5	1	0,4	3	1,2	2	1,0	5	2,2	5	2,1	1	0,5	174	2,9
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	318	80,1	3683	98,1	248	99,2	262	98,5	243	99,6	240	98,8	203	99,0	223	97,8	233	97,9	186	99,5	5839	97,1
	Cohorte rétrospective	Confirmé vivant avec le VIH	292	78,5	337	91,6	9	90,0	4	100,0	5	100,0	2	100,0	1	100,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	651	85,3
		Confirmé ne vivant pas avec le VIH	80	21,5	31	8,4	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	112	14,7
	Statut VIH non confirmé		20	s.o.	40	s.o.	4	s.o.	11	s.o.	12	s.o.	10	s.o.	6	s.o.	13	s.o.	10	s.o.	71	s.o.	197	s.o.

Abréviations : n, nombre; s.o., sans objet
Source des données : Données du PSPVC reçues le 23 février 2026

Références

1. Unaid. Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet. UNAIDS; 2026.
2. Public Health Agency of Canada. Canada's progress towards ending the HIV epidemic. Ottawa; 2026.
3. Public Health Agency of Canada. HIV in Canada, Surveillance Report to December 31, 2023. Ottawa: Government of Canada; 2025.
4. Laprise C, Bolster-Foucault C. Understanding barriers and facilitators to HIV testing in Canada from 2009–2019: A systematic mixed studies review. Canada Communicable Disease Report. 2021;47(2):105-25.
5. Public Health Agency of Canada. Canada's progress towards ending the HIV epidemic, 2022. Ottawa; 2024.
6. Restall G, Ukoli P, Mehta P, Hydesmith E, Payne M. Resisting and disrupting HIV-related stigma: a photovoice study. BMC Public Health. 2023;23(1).
7. Stutterheim SE, Van Dijk M, Wang H, Jonas KJ. The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and meta-analysis. PLoS ONE: Public Library of Science; 2021.
8. Rick F, Odoke W, van den Hombergh J, Benzaken AS, Avelino-Silva VI. Impact of coronavirus disease (COVID-19) on HIV testing and care provision across four continents. HIV Medicine. 2022;23(2):169-77.
9. Sullivan PS, Satcher Johnson A, Pembleton ES, Stephenson R, Justice AC, Althoff KN, et al. Epidemiology of HIV in the USA: epidemic burden, inequities, contexts, and responses. The Lancet: Elsevier B.V.; 2021. p. 1095-106.
10. Groseclose SL, Buckeridge DL. Public Health Surveillance Systems: Recent Advances in Their Use and Evaluation. Annu Rev Public Health. 2017;38:57-79.
11. Public Health Agency of Canada. Reducing the health impact of sexually transmitted and blood-borne infections in Canada by 2030: A pan-Canadian STBBI framework for action. Government of Canada; 2018.
12. Jackson C, Tremblay G. Accelerating our response: Government of Canada five-year action plan on sexually transmitted and blood-borne infections. Can Commun Dis Rep. 2019;45(12):323-6.
13. Public Health Agency of Canada. Government of Canada's sexually transmitted and blood-borne infections (STBBI) action plan 2024-2030. Ottawa: Government of Canada; 2024.
14. Public Health Agency of Canada. Pan-Canadian Health Data Strategy: Toward a world-class health data system. Ottawa: Government of Canada; 2022.
15. Public Health Agency of Canada. Short-term data priorities to support the COVID-19 response. Ottawa: Government of Canada; 2022.
16. Joint United Nations Committee on AIDS. 2025 AIDS Targets. 2023.
17. Tarasuk J, Zhang J, Lemyre A, Cholette F, Bryson M, Paquette D. National findings from the Tracks survey of people who inject drugs in Canada, Phase 4, 2017-2019. Can Commun Dis Rep. 2020;46(5):138-48.
18. Lydon-Hassen K, Jonah L, Mayotte L, Hrabowy A, Graham B, Missens B, et al. Summary findings from Tracks surveys implemented by First Nations in Saskatchewan and Alberta, Canada, 2018-2020. Can Commun Dis Rep. 2022;48(4):146-56.
19. A/C Research Team. A/C STUDY Community Report HIV among African, Caribbean, and Black People in Ontario. Ontario; 2020.
20. WHO C, UNAIDS, FHI 360. Global HIV Strategic Information Working Group Biobehavioural Survey Guidelines For Populations At Risk For HIV. World Health Organization; 2017.
21. Public Health Agency of Canada. HIV in Canada, Surveillance Report to December 31, 2020. Ottawa: Government of Canada; 2023.
22. Popovic N, Yang Q, Haddad N, Weeks A, Archibald C. Improving national surveillance of new HIV diagnoses. Can Commun Dis Rep. 2019;45(12):313-6.
23. Public Health Agency of Canada. Case definitions: Nationally notifiable diseases. Ottawa: Government of Canada; 2023.
24. Public Health Agency of Canada. HIV and AIDS in Canada Surveillance Report to December 31, 2014. Ottawa: Government of Canada; 2015.

25. Forbes JC, Alimenti AM, Singer J, Brophy JC, Bitnun A, Samson LM, et al. A national review of vertical HIV transmission. *Aids*. 2012;26(6):757-63.
26. Immigration Refugees and Citizenship Canada. Canadian Panel Member Guide to Immigration Medical Examinations 2020. Ottawa: Government of Canada; 2023.
27. Statistics Canada. Statistics Canada, Canadian Vital Statistics - Death database (CVSD). Ottawa: Government of Canada; 2025.
28. Statistics Canada. Deaths and age-specific mortality rates, by selected grouped causes: Government of Canada,; 2026 [Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310039201>].
29. Statistics Canada. Population estimates on July 1, by age and gender: Government of Canada,; 2025 [Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1710000501>].
30. Antabe R, Konkori I, McIntosh M, Lawson E, Husbands W, Wong J, et al. "I went in there, had a bit of an issue with those folks": everyday challenges of heterosexual African, Caribbean and black (ACB) men in accessing HIV/AIDS services in London, Ontario. *BMC Public Health*. 2021;21(1).
31. Loutfy MR, Logie CH, Zhang Y, Blitz SL, Margolese SL, Tharao WE, et al. Gender and Ethnicity Differences in HIV-related Stigma Experienced by People Living with HIV in Ontario, Canada. *PLoS ONE*. 2012;7(12).
32. Public Health Agency of Canada. Survey on the Impact of COVID-19 on access to STBBI-related services, including harm reduction services, for African, Caribbean and Black people in Canada. Ottawa: Government of Canada; 2022.
33. Woodgate RL, Zurba M, Tennent P, Cochrane C, Payne M, Mignone J. "People try and label me as someone I'm not": The social ecology of Indigenous people living with HIV, stigma, and discrimination in Manitoba, Canada. *Social Science and Medicine*. 2017;194:17-24.
34. Canadian Institute for Health Information. Guidance on the Use of Standards for Race-Based and Indigenous Identity Data Collection and Health Reporting in Canada. Ottawa: CIHI; 2022.
35. British Columbia's Office of the Human Rights Commissioner. Racialization. 2020.
36. Public Health Agency of Canada. National Report Findings from the Survey on the Impact of COVID-19 on the delivery of STBBI prevention, testing and treatment, including harm reduction services, in Canada. Ottawa: Government of Canada; 2022.
37. Ontario HIV Treatment Network. Social and structural determinants of health influencing HIV risk and participation across the HIV care cascade. Toronto; 2025.
38. Husbands WL, DO; Etowa,EB; Mbuagbaw,L; Baidooobonso,S; Tharao,W; Yaya,S; Nelson,LE; Aden,M; Etowa,J. Black Canadians' Exposure to Everyday Racism: Implications for Health System Access and Health Promotion among Urban Black Communities. *J Urban Health*. 2022;99(5):829-41.
39. National Collaborating Centre for Indigenous Health. COVID-19 and Indigenous Peoples' Access to STBBI and Related Health Services: National survey results. Prince George: NCCIH; 2024.
40. Council of State and Territorial Epidemiologists. Addressing Gaps in Public Health Reporting of Race and Ethnicity Data for COVID-19: Findings & Recommendations Among 45 State & Local Health Departments. 2022.
41. Ministry of Health. HIV and AIDS in Saskatchewan (2019). Regina.
42. WHO Regional Office for Europe, European Centre for Disease Prevention and Control. HIV/AIDS surveillance in Europe 2025 – 2024 data. Stockholm; 2025.
43. King J, Kwon J, Gray R, McManus H, McGregor S. HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: Annual surveillance report 2025. Sydney,Australia; 2025.
44. UK Health Security Agency. HIV testing, PrEP, new HIV diagnoses and care outcomes for people accessing HIV services: 2025 report. 2026.
45. UK Health Security Agency. New HIV diagnoses, AIDS, deaths and people in care in England data tables, 2015 to 2024: Government of the United Kingdom,; 2026 [Available from: <https://www.gov.uk/government/statistics/hiv-annual-data>].
46. HIV Epidemiology Group. HIV & AIDS – New Zealand. 2025.
47. Mude WM, H; Preston,R; O'Mullan,C; Vaughan,G; Jones,G. HIV Testing Disruptions and Service Adaptations During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Literature Review. *AIDS Behav*. 2024;28(1):186-200.

48. Hoover KZ, W; Gant,ZC; Delaney,KP; Wiener,J; Carnes,N; Thomas,D; Weiser,J;Huang,YA; Cheever,LW; Kourtis,AP. HIV Services and Outcomes During the COVID-19 Pandemic - United States, 2019-2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2022;71(48):1505-10.
49. UK Health Security Agency. HIV testing in England data tables, 2015 to 2024: Government of the United Kingdom,; 2026 [Available from: <https://www.gov.uk/government/statistics/hiv-annual-data>.
50. Government of Manitoba. HIV in Manitoba 2024: Annual Surveillance Update. Department of Health, Seniors and Long Term Care; 2025.
51. BC Centre for Disease Control, Provincial Health Services Authority. STBBI and TB Report: Government of British Columbia,; 2026 [Available from: https://bccdc.shinyapps.io/stbbi_tb_surveillance_report/.
52. Fojo A, Wallengren E, Schnure M, Dowdy DW, Shah M, Kasaie P. Potential Effects of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic on Human Immunodeficiency Virus (HIV) Transmission: A Modeling Study in 32 US Cities. *Clin Infect Dis.* 2022;75(1):e1145-e53.
53. Miller RL, McLaughlin A, Montoya V, Toy J, Stone S, Harding J, et al. Impact of SARS-CoV-2 lockdown on expansion of HIV transmission clusters among key populations: A retrospective phylogenetic analysis. *Lancet Reg Health Am.* 2022;16:100369.
54. Etowa J, Omorodion F, Mmbagwu I, Etowa E, Ghose B. Understanding the factors associated with HIV and STIs diagnosis among Black heterosexual men in Ottawa and Windsor, Ontario. *J Public Health Res.* 2022;11(2).
55. Omorodion FI, Etowa EB, Kerr J, Ghose B, Etowa J. Correlates of Casual Sex Amidst Vulnerability to HIV Among ACB Heterosexual Men in Ottawa and Windsor, Ontario Canada. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2022;9(2):444-55.
56. Ojukwu EN, Okoye HU, Saewyc E. Social Correlates of HIV-Risky Behaviours among African Canadian Adolescents Living in British Columbia, Canada: A Secondary Data Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(11).
57. Lima VD, Zhu J, Barrios R, Toy J, Joy JB, Williams BG, et al. Longitudinal evolution of the HIV effective reproduction number following sequential expansion of treatment as prevention and pre-exposure prophylaxis in British Columbia, Canada: a population-level programme evaluation. *The Lancet HIV.* 2024;11(7):e461-e9.
58. British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, Ministry of Health. HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Semi-Annual Report for British Columbia Second Quarter 2025. 2025.
59. Fetner T, Dion M, Heath M, Andrejek N, Newell SL, Stick M. Condom use in penile-vaginal intercourse among Canadian adults: Results from the sex in Canada survey. *PloS one.* 2020;15(2):e0228981.
60. LetsStopAIDS. Sex Lives Report 2024 Navigating Intimate Conversations. 2024.
61. WHO Regional Office for Europe. Alarming decline in adolescent condom use, increased risk of sexually transmitted infections and unintended pregnancies, reveals new WHO report 2024 [updated 2024 Aug 29. Available from: <https://www.who.int/europe/news-room/29-08-2024-alarming-decline-in-adolescent-condom-use--increased-risk-of-sexually-transmitted-infections-and-unintended-pregnancies--reveals-new-who-report>.
62. Gilbert M, Chang HJ, Ablona A, Salway T, Ogilvie G, Wong J, et al. Partner number and use of COVID-19 risk reduction strategies during initial phases of the pandemic in British Columbia, Canada: a survey of sexual health service clients. *Can J Public Health.* 2021;112(6):973-83.
63. Minoyan N, Høj SB, Zolopa C, Vlad D, Bruneau J, Larney S. Self-reported impacts of the COVID-19 pandemic among people who use drugs: a rapid assessment study in Montreal, Canada. *Harm Reduction Journal.* 2022;19(1):38.
64. Popovic N, Yang Q, Campeau L, Elliott J, Williams A, Lima VD, et al. The prevalence of HIV pre-exposure prophylaxis (HIV-PrEP) use and HIV-PrEP-to-need ratio in nine Canadian provinces, 2018-2021. *Can Commun Dis Rep.* 2025;51(1):35-42.
65. Immigration Refugees and Citizenship Canada. 2025 Annual Report to Parliament on Immigration. 2025.
66. Department of Home Affairs. 2023-24 Migration Program Report Program year 1 July 2023 to 30 June 2024.

67. Office of National Statistics. Long-term international migration, provisional: year ending December 2024. 2025.
68. Primary and Preventative Health Services. Alberta Sexually Transmitted Infections and HIV 2024 2026.
69. Nöstlinger C, Cosaert T, Landeghem EV, Vanhamel J, Jones G, Zenner D, et al. HIV among migrants in precarious circumstances in the EU and European Economic Area. *Lancet HIV*. 2022;9(6):e428-e37.
70. Yin Z, Brown AE, Rice BD, Marrone G, Sönnnerborg A, Suligoi B, et al. Post-migration acquisition of HIV: Estimates from four European countries, 2007 to 2016. *Euro Surveill*. 2021;26(33).
71. King JM, Petoumenos K, Dobbins T, Guy RJ, Gray RT, Nigro SJ, et al. A population-level application of a method for estimating the timing of HIV acquisition among migrants to Australia. *J Int AIDS Soc*. 2023;26(6):e26127.
72. Singer J, Bitnun A, Kakkar F, Brophy J, Boucoiran I, Lee T, et al., editors. 125 Vertical Transmission Rates over time in the Canadian Perinatal HIV Surveillance Program. 33rd Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research; 2024 April 25-28,2024; London, Ontario.
73. Tjepkema M, Christidis T, Olaniyan T, Hwee J. Mortality inequalities of Black adults in Canada. *Health Rep*. 2023;34(2):3-16.
74. WHO Department of Data and Analytics (DNA) Division of Data Analytics and Delivery for Impact (DDI). WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2019. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2020.
75. Kyu HH, Jahagirdar D, Cunningham M, Walters M, Brewer E, Novotney A, et al. Accounting for misclassified and unknown cause of death data in vital registration systems for estimating trends in HIV mortality. *J Int AIDS Soc*. 2021;24 Suppl 5(Suppl 5):e25791.
76. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Diagnoses, Deaths, and Prevalence 2024 Data Release Tables. 2026.
77. Public Health Agency of Canada. HIV in Canada, Surveillance Report to December 31, 2022. Ottawa; 2024 2024/8//.
78. Haddad N, Weeks A, Robert A, Totten S. HIV in Canada-surveillance report, 2019. *Can Commun Dis Rep*. 2021;47(1):77-86.
79. National Research Council (US) Panel on DHHS Collection of Race and Ethnic Data. Eliminating Health Disparities: Measurement and Data Needs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004.
80. Pinto AE, A; Kiran,T; Mashford-Pringle,A; Needham,A; Dhalla,I. Considerations for collecting data on race and Indigenous identity during health card renewal across Canadian jurisdictions. *CMAJ*. 2023;195(25):E880-E2.
81. Clark NQ, C; Elgharbawy,H; David,A; Li,ME; Mah,C; Murphy,JK; Costigan,CL; Ganesan,S; Guzder,J. Why Collect and Use Race/Ethnicity Data? A Qualitative Case Study on the Perspectives of Mental Health Providers and Patients During COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(11):1499.
82. Hurren K, Haque, S., Kwag, M., Schwartz, C., Lau, F., Devor, A. SEEING US AS WE ARE: Gender, Sex, & Sexual Orientation Identification in Electronic Health Records. Vancouver: Community-Based Research Centre (CBRC); 2023.
83. Loutfy M, Tyndall M, Baril JG, Montaner JS, Kaul R, Hankins C. Canadian consensus statement on HIV and its transmission in the context of criminal law. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2014;25(3):135-40.
84. Public Health Agency of Canada. HIV Transmission Risk: A Summary of the Evidence. Ottawa: Government of Canada; 2012.