

Les Progrès du Canada vers l'élimination de l'épidémie de VIH

2022



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

Promouvoir et protéger la santé des canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:

Canada's Progress Towards Ending the HIV Epidemic, 2022

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec:

Agence de la santé publique du Canada

0900C2 Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. 613-957-2991

Sans frais 1-866-225-0709

Téléc 613-941-5366

ATS 1-800-465-7735

Courriel hc.publications-publications.sc@canada.ca

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2024.

Date de publication: novembre 2024

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

CAT# HP40-374/2022F-PDF

ISBN# 978-0-660-74255-7

PUB# 240585

Faits saillants

En 2022, on estime qu'il y a eu 1 848 nouvelles infections par le virus de l'immunodéficience humaine au Canada, soit une augmentation de 15% par rapport à l'estimation pour 2020 (1 610 nouvelles infections).

- Le nombre de nouvelles infections était le plus élevé chez les personnes âgées de 30 à 59 ans.
- La proportion de nouvelles infections chez les hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes a continué à diminuer, tandis que la proportion de nouvelles infections chez les personnes utilisatrices de drogues injectables a légèrement augmenté.

On estime que 65 270 personnes vivaient avec le VIH au Canada à la fin de 2022.

Parmi elles, on estime que 89% avaient reçu un diagnostic. Des personnes ayant reçu un diagnostic, on estime que 85% étaient sous traitement et que 95% de celles-ci avaient une charge virale supprimée.

- La variation entre les provinces ou régions démontre la nécessité d'améliorer les différentes étapes du continuum de soins du VIH.
- Parmi les personnes vivant avec le VIH estimées, 74,1% étaient de sexe masculin et 25,3% étaient de sexe féminin.
- Parmi les personnes de sexe masculin vivant avec le VIH, les progrès vers les cibles 95-95-95 étaient similaires à ceux de l'ensemble de la population (90% - 86% - 96%). Toutefois, chez les personnes de sexe féminin, la proportion de celles ayant reçu un diagnostic, sous traitement et avec une charge virale supprimée était plus faible que chez l'ensemble de la population (86% - 84% - 92%).

La mortalité liée au VIH/sida a été incluse pour la première fois dans le rapport. En 2022, il y a eu 126 décès dont le VIH/sida était répertorié comme étant la cause initiale, 309 décès dont le VIH/sida était la cause initiale ou l'une des 19 autres causes antécéduentes de décès, et il y a eu un total de 855 décès estimés parmi les personnes vivant avec le VIH au Canada.

Dans le Cadre d'action panafricain sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), le Canada s'est fixé pour objectif stratégique de réduire la stigmatisation et la discrimination qui créent des vulnérabilités aux ITSS. Des informations supplémentaires relatives à la prévention du VIH et à la stigmatisation ont été incluses dans le rapport pour la première fois.

Malgré les efforts en cours, le Canada n'a pas connu de diminution du nombre de nouvelles infections à VIH au cours des dernières années et des travaux supplémentaires sont nécessaires pour atteindre les cibles mondiales de 95-95-95. Ces estimations serviront à mesurer les progrès accomplis par le Canada dans l'atteinte de la réalisation des priorités énoncées dans le plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les ITSS, dans le but d'accélérer la prévention, le diagnostic et le traitement afin de réduire les répercussions des ITSS sur la santé d'ici 2030.

Remerciements

L'Agence de santé publique du Canada remercie

les autorités provinciales et territoriales de santé publique, les autres ministères, les organismes de recherche et les organismes communautaires de leur contribution aux estimations nationales de l'incidence et de la prévalence du VIH et des cibles 95-95-95.

L'Agence de santé publique du Canada reconnaît

les efforts déployés par les partenaires des Premières Nations dans la prévention des infections par le VIH, les soins administrés aux personnes vivant avec le VIH et leur contribution à l'estimation des indicateurs du VIH pour les communautés des Premières Nations de la Saskatchewan.

L'Agence de santé publique du Canada reconnaît

les efforts déployés par d'autres collectivités et des défenseurs représentant la société civile et d'autres populations clés touchées par le VIH au Canada.

L'Agence de santé publique du Canada reconnaît et apprécie

les contributions inestimables des personnes vivant avec le VIH. Leur volonté de participer à la collecte de données, de partager leurs expériences personnelles et de transmettre des informations critiques améliore considérablement notre compréhension de l'épidémie. Outre leur participation qui enrichit les données que nous recueillons, elle assure également que nos stratégies et interventions soient mieux adaptées pour répondre aux besoins des personnes les plus touchées. Leur courage et leur engagement sont essentiels dans notre effort collectif pour faire progresser la recherche, améliorer les interventions en santé publique et, à terme, travailler à mettre fin à l'épidémie de VIH.

Table des matières

Faits saillants	1
Remerciements	2
Introduction	4
Pourquoi le suivi des progrès du Canada est-il important	5
Comment nous surveillons les progrès réalisés au Canada	6
Variables et mesures	7
Sources des données	8
Limites des données	10
Incidence du VIH – Nombre estimé de nouvelles infections par le VIH au Canada	12
Répartition par emplacement géographique	15
Prévalence du VIH – Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH au Canada	16
Répartition par emplacement géographique	17
Mortalité chez les PVVIH	18
Les progrès réalisés par le Canada vers l'atteinte des cibles 95-95-95 pour le VIH	20
Estimations des cibles 95-95-95 par sexe	24
Estimations des cibles 95-95-95 par emplacement géographique	26
Estimations des cibles 95-95-95 chez les populations clés	27
Prévention du VIH et stigmatisation liée au VIH	28
Transmission verticale du VIH au Canada	28
PPrE-VIH et PPE-VIH	29
Stigmatisation liée au VIH	31
Discussion	32
Annexe 1. Détails supplémentaires relatifs à la méthode de modélisation du Canada	34
Annexe 2. Définition des populations clés	35
Annexe 3. Tableaux nationaux sur l'incidence et la prévalence du VIH	36
Annexe 4. Progrès réalisés par le Canada vers l'atteinte des cibles d'élimination du VIH	38

Introduction

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) demeurent un problème de santé important au Canada, même si elles sont pour la plupart évitables, traitables et, dans bien des cas, guérissables. Les ITSS entraînent des conséquences physiques, émotionnelles, sociales et économiques significatives pour les individus, les communautés et la société. Le cadre d'action pancanadien sur les ITSS¹ offre une approche globale et complète pour réduire les impacts des ITSS au Canada. Le Canada a approuvé le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et les stratégies de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) visant à mettre fin au VIH/sida en tant que problème de santé publique d'ici 2030^{1,2}. Les stratégies mondiales incluent les cibles suivantes pour 2025 : 95% de toutes les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissent leur statut sérologique, 95% de celles diagnostiquées reçoivent des traitements antirétroviraux (TAR) et 95% des personnes traitées ont une charge virale indétectable³. Lorsque ces trois cibles seront atteintes, au moins 86% [95% x 95% x 95%] de toutes les personnes vivant avec le VIH auront une charge virale supprimée⁴. Cela limitera à la fois les conséquences graves de l'infection chronique par le VIH et la transmission communautaire. La modélisation suggère que l'atteinte de ces cibles d'ici 2025 permettra au monde d'éliminer l'épidémie de sida d'ici 2030⁵. Ces documents comprennent également des cibles liées à la réduction des nouvelles infections et des décès, à l'amélioration de l'accès aux services de prévention et de réduction des méfaits et à la minimisation de la stigmatisation. Les cibles mondiales tracent la voie vers l'élimination de l'épidémie de VIH. Il est important de documenter les progrès accomplis dans la réalisation de ces objectifs. En outre, il s'agit d'un élément essentiel du plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les ITSS⁶.

Le présent rapport fait le point, pour 2022, sur les progrès réalisés par le Canada en vue d'atteindre les cibles mondiales en matière d'élimination, d'incidence et de prévalence du VIH. Les renseignements disponibles sur la prévention du VIH et la stigmatisation liée au VIH sont également mis en évidence, car ils touchent des populations clés et peuvent avoir une incidence profonde sur chaque étape de la cascade des soins contre le VIH.

Pourquoi le suivi des progrès du Canada est-il important

Le gouvernement du Canada s'est engagé à mesurer l'incidence des programmes et des politiques à mesure que nous mettons en œuvre le Plan d'action sur les ITSS, par la surveillance des tendances et des résultats en matière d'ITSS et la production de rapports à ce sujet⁶. Ces estimations aident tous les partenaires et les intervenants à mieux comprendre les populations clés et les domaines nécessitant des actions pour réduire les conséquences du VIH et du sida sur la santé publique.

Comprendre l'incidence du VIH (le nombre de nouvelles infections survenant au cours d'une période déterminée) est fondamental pour comprendre les changements dans les modes de transmission au fil du temps et utile pour les décideurs en santé publique pour surveiller, renforcer et évaluer l'impact des actions multisectorielles de santé publique. Estimer la prévalence du VIH (le nombre de personnes vivant avec le VIH – diagnostiquées et non diagnostiquées) est crucial pour orienter la planification et les investissements dans le traitement, les soins et le soutien continu aux personnes vivant avec le VIH et celles touchées par le VIH. Elle constitue aussi la première étape du continuum de soins du VIH.

Le continuum de soins est un cadre de référence de santé publique qui décrit les étapes que traversent les personnes vivant avec le VIH, depuis le diagnostic initial du VIH jusqu'à l'atteinte et au maintien de la suppression virale⁷. Le continuum de soins du VIH est utile à la fois pour évaluer les résultats des soins au niveau individuel et de même qu'à l'échelle de la population pour analyser la proportion de personnes vivant avec le VIH à chaque étape⁷. Les étapes typiques du continuum de soins sont le diagnostic de l'infection au VIH, la mise en relation des personnes avec les soins du VIH, l'accueil et la rétention de ces personnes dans les soins, et l'atteinte de la suppression virale.

En établissant le continuum de soins du VIH, on peut évaluer et rendre compte des progrès réalisés par rapport aux cibles mondiales 95-95-95. La nature séquentielle des étapes du continuum et les indicateurs associés à chaque étape (p. ex. cibles 95-95-95) permettent aux organismes (p. ex. en santé publique, de recherche, communautaires) – à l'échelle nationale et régionale – de cerner les lacunes dans les soins et de déterminer les types d'interventions qui contribueraient à faire accroître le nombre de personnes qui atteignent et maintiennent la suppression virale⁸.

Comment nous surveillons les progrès réalisés au Canada

Depuis 2018, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC ou l'Agence) collabore avec un groupe de travail composé d'experts pour déterminer les mesures utilisées pour évaluer les progrès du Canada dans le continuum de soins du VIH. À la suite d'un examen de celles utilisées à l'échelle internationale, le groupe d'experts de l'ASPC a recommandé d'évaluer les cibles 95-95-95 en ayant recours à un continuum en quatre étapes : Étape 1 – le nombre estimé de PVVIH; Étape 2 – le nombre de PVVIH qui ont été diagnostiquées; Étape 3 – le nombre de PVVIH diagnostiquées et sous traitement antirétroviral (TAR); Étape 4 – le nombre de PVVIH sous TAR et dont la charge virale est indétectable (figure 1).

FIGURE 1

Cadre du continuum de soins du VIH en quatre étapes au Canada



Variables et mesures

Des définitions standards pour chacune des mesures du continuum de soins du VIH ont été élaborées et utilisées lorsque c'était possible (tableau 1). Ces définitions, approuvées par le groupe de travail d'experts soutenant le suivi des progrès réalisés au Canada, correspondent à celles utilisées par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), les Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis (USCDC), le Kirby Institute (Australie) et Public Health England (Royaume-Uni). Dans certains cas, des définitions ont été adaptées par les provinces et territoires pour tenir compte des différences entre les définitions de « personne sous traitement » et de « charge virale supprimée ».

TABLEAU 1

Définitions consensuelles utilisées dans les estimations canadiennes des mesures 95-95-95

Mesure	Définition
Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH	<p>Le nombre total estimé de PVVIH à la fin de 2022 selon une technique de modélisation sur mesure, en utilisant l'Outil canadien de modélisation du VIH⁹. L'estimation comprend les personnes diagnostiquées et non diagnostiquées.</p> <p>Les décès chez les PVVIH sont estimés à partir de diverses sources selon la province ou le territoire, car les données statistiques de l'état civil ne font état que de la mortalité chez les personnes décédées de causes liées au VIH.</p> <p>On inclut également les migrants entre les provinces et les territoires au Canada et les immigrants au Canada provenant d'autres pays dans le nombre total de personnes vivant avec le VIH. Les données sur les migrations internes et externes sont fournies par les provinces et les territoires lorsque possible.</p>
Nombre; pourcentage des personnes diagnostiquées 1^{er} 95	<p>Parmi les personnes que l'on a estimé vivre avec le VIH au Canada à la fin de 2022, le nombre et la proportion (%) de celles qui ont reçu un diagnostic.</p> <p>Numérateur: Nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de VIH Dénominateur: Nombre de PVVIH (diagnostiquées et non diagnostiquées)</p>
Nombre; pourcentage sous traitement antirétroviral 2^e 95	<p>Parmi les personnes ayant reçu un diagnostic de VIH, le nombre et la proportion (%) de celles ayant reçu au moins un traitement antirétroviral (TAR) en 2022 (prescrit, dispensé ou inscrit sur les formulaires du patient).</p> <p>Numérateur: Nombre de personnes qui étaient sous traitement (au moins un antirétroviral en 2022) Dénominateur: Nombre de personnes vivant avec un diagnostic de VIH</p>
Nombre; pourcentage de personnes ayant une charge virale supprimée 3^e 95	<p>Parmi les personnes sous traitement, le nombre et la proportion (%) de celles dont la dernière mesure du taux d'ARN du VIH en 2022 était de moins de 200 copies/ml (ce qui correspond à une situation clinique de suppression virale).</p> <p>Numérateur: Nombre de personnes avec moins de 200 copies/ml lors de leur dernier test de charge virale en 2022. Dénominateur: Nombre de personnes sous traitement.</p>

Sources des données

CONTRIBUTION À LA MODÉLISATION ET AU CONTINUUM DE SOINS DU VIH

Les estimations d'incidence et de prévalence du VIH ainsi que la première cible 95 ont été développées à l'aide des données de surveillance du VIH déclarées par les provinces et les territoires, du nombre de décès estimé parmi les personnes vivant avec le VIH, et des méthodes de modélisation statistique par rétro-calculation. Des détails supplémentaires sur la modélisation par rétro-calculation sont fournis à l'annexe 1.

Les sources de données pour estimer les décès parmi toutes les PVVIH comprennent les données de l'état civil de Statistique Canada ou des registres provinciaux et territoriaux des statistiques de l'état civil, les données sur le diagnostic et la mortalité liés au VIH, les rapports nationaux sur les décès liés au VIH, des données de cohortes de PVVIH sous traitement et des études de recherche canadiennes.

L'élaboration des estimations pour les deuxième et troisième cibles 95 a nécessité des informations supplémentaires de la part des provinces et des territoires, y compris les éléments suivants, lorsque disponibles :

- Les données de surveillance du VIH;
- Les données centralisées du programme de soins liés au VIH, y compris les données connexes sur les traitements et les données de laboratoire sur la charge virale;
- Les données provinciales sur les ordonnances de médicaments antirétroviraux, liées aux données de laboratoire sur le VIH;
- Les données non liées provenant de bases de données sur les ordonnances de médicaments, des laboratoires et des cliniques de traitement du VIH;
- Des cohortes de personnes diagnostiquées et qui reçoivent des soins liés au VIH.

Les mesures ont été raffinées dans le cadre d'un processus itératif avec les provinces et les territoires, particulièrement lorsque des ajustements étaient nécessaires pour tenir compte des incertitudes dues à des données incomplètes ou non représentatives. Le processus collaboratif d'estimation est finalisé lorsque chaque province et territoire valide et approuve ses propres données.

Les données sont ensuite combinées pour produire des estimations nationales pour le Canada.



Les estimations publiées dans le présent rapport remplacent toutes les estimations antérieures publiées par l'Agence concernant l'incidence et la prévalence du VIH et les cibles 95-95-95 pour le VIH au Canada. Les hypothèses, les méthodes et les données primaires peuvent avoir changé pour certaines provinces parce que nous avons une meilleure connaissance de l'épidémie et que les données primaires fournies par les provinces et les territoires aux fins du modèle ont été raffinées.

PRÉVENTION DU VIH, STIGMATISATION ET MORTALITÉ

Les indicateurs pour mesurer les programmes de prévention primaire du VIH sont moins bien définis que ceux utilisés pour le continuum des soins du VIH. Par conséquent, ce rapport s'appuie sur les données actuellement disponibles en matière de prévention du VIH (par exemple la transmission verticale, la prophylaxie préexposition [PPrE-VIH] et la prophylaxie post exposition [PPE-VIH]) comme point de départ pour suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des mesures de prévention du VIH à l'échelle mondiale.

Les données relatives à la transmission verticale du VIH au Canada proviennent du Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC), qui recueille des données nationales sur les nourrissons nés de femmes ou autres personnes enceintes vivant avec le VIH par l'entremise d'un système de surveillance active et sentinelle¹⁰. Le PSPVC recueille des données sur deux groupes d'enfants : les nourrissons nés de femmes séropositives au Canada et les enfants séropositifs qui reçoivent des soins dans un établissement participant au programme (qu'ils soient nés au Canada ou à l'étranger). Ces établissements représentent environ 95 % des nourrissons exposés au VIH nés au Canada^{10,11}.

Des estimations annuelles des personnes utilisant la PPrE-VIH et la PPE-VIH pour huit provinces ont été générées à partir du jeu de données de surveillance géographique des ordonnances de l'IQVIA. Les données pour les trois territoires ainsi que pour l'Alberta n'étaient pas disponibles et n'ont donc pas été présentées. Les données pour la Colombie-Britannique ont été fournies par le BC Centre for Excellence in HIV/AIDS.

Les données canadiennes sur la stigmatisation liée au VIH sont limitées, mais certaines données nationales sont disponibles parmi les populations clés les plus touchées par le VIH. Les données sur la stigmatisation liée au VIH parmi les populations clés (les peuples autochtones, les hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes [GBHARSAH] et les personnes qui ont récemment [au cours des six derniers mois] consommé des drogues par injection) sont recueillies par le biais du système intégré de surveillance biocomportementale de l'Agence de santé publique du Canada^{12,13}.

En plus des données nationales, certaines données provinciales sur la stigmatisation liée au VIH sont disponibles. En Ontario, l'étude de cohorte longitudinale OHTN¹⁴ porte sur les PVVIH recevant des soins du VIH dans 15 cliniques à travers la province. Un outil standardisé a été utilisé pour étudier quatre types de stigmatisations : la divulgation, les préoccupations concernant l'attitude du public, l'image de soi et les stigmates personnels. En Colombie-Britannique, l'étude d'évaluation du programme STOP VIH/sida (SHAPE) a utilisé l'échelle de stigmatisation du VIH de Berger en 10 points pour examiner l'association entre l'année du diagnostic du VIH d'une personne et les scores de stigmatisation liés au VIH¹⁵.

Pour examiner les tendances nationales en matière de mortalité liée au VIH, nous avons comparé le nombre de décès dont le VIH/sida est répertorié comme cause initiale (codes CIM-9 279.5 ou 279.6; 042-044; codes CIM-10 B20-B24) au nombre de décès dont le VIH/sida était la cause initiale ou l'une des 19 autres causes antécédentes. Ces données proviennent du registre national des statistiques de l'état civil¹⁶, et ont été comparées au le nombre estimé de décès parmi les PVVIH fourni par les provinces et les territoires à partir de diverses sources.

Limites des données

Les sources des données provinciales et territoriales pour les deuxième et troisième cibles 95 varient d'une province ou territoire à l'autre. Ces différences sont attribuables aux différentes méthodes utilisées pour la surveillance du VIH (p. ex. surveillance par les laboratoires ou surveillance des cas) et à la capacité de lier les sources de données. Certaines juridictions peuvent lier des jeux de données relatifs aux diagnostics de VIH, aux décès, aux traitements et à la charge virale. Cela permet à la province ou au territoire de décrire les progrès réalisés dans le continuum de soins du VIH à l'échelle de la population. D'autres juridictions estiment chacune des mesures du continuum de soins du VIH en utilisant des sources de données non liées (p. ex. des données distinctes sur le diagnostic, le décès, le traitement et la charge virale) à l'aide d'une analyse et un ajustement en fonction des limites inhérentes à chaque source de données. Par conséquent, il convient d'être prudent lors des comparaisons entre les provinces et territoires.

Pour les estimations du VIH de 2022, les données relatives au nombre de personnes sous traitement et à la suppression virale n'ont pas été fournies par quatre provinces et territoires. Pour en tenir compte, le nombre total de PVVIH a été ajusté en supprimant les données de ces quatre provinces et territoires dans le calcul national des deuxième et troisième cibles 95.

Dans certains cas, les provinces et les territoires ont été regroupés par régions (p. ex. les provinces de l'Atlantique et les territoires) ou les données ont été supprimées en raison de leur petit nombre et afin de réduire le risque d'identification d'une personne. Les estimations par sexe sont basées sur des catégories binaires de sexe attribué à la naissance (sexe masculin ou féminin). Les informations sur les identités trans, non binaires et autres identités de genre sont limitées.

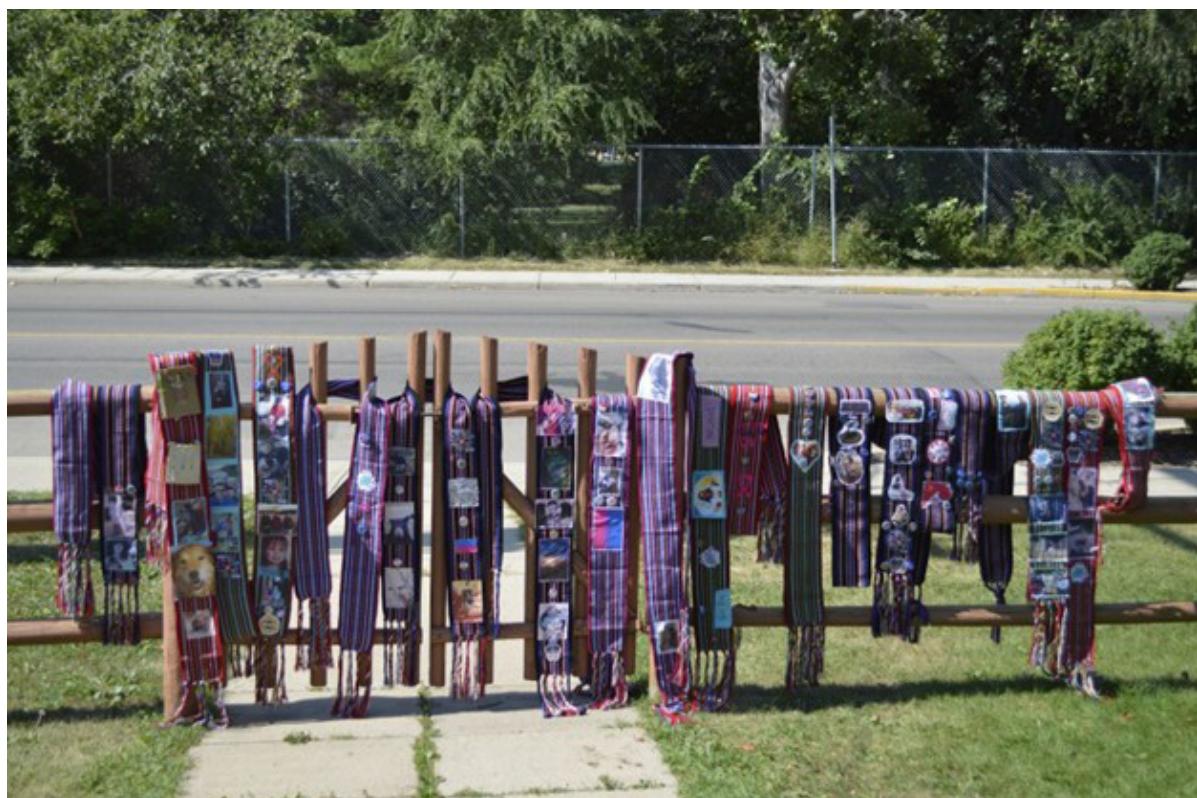


Étant donné que les systèmes de données, les types de données disponibles et la capacité de lier l'information provenant de diverses sources varient d'une juridiction à l'autre, les mesures nationales élaborées dans le cadre de ce processus devraient être interprétées dans le contexte d'intervalles plausibles pour chaque estimation. Les estimations nationales reflètent l'incertitude inhérente en raison de ces considérations et des limites des mesures.

Les données relatives à la PPrE-VIH et à la PPE-VIH ont plusieurs limites :

- Seules les ordonnances obtenues dans une pharmacie communautaire sont incluses (les ordonnances des pharmacies hospitalières, celles qui sont fournies gratuitement et celles qui ont été achetées en ligne ne sont pas incluses);
- Les données sur les ordonnances exécutées couvrent environ 60% de toutes les pharmacies de détail au Canada. Les nombres de patients sont projetés à l'ensemble de la population de chaque province par IQVIA à l'aide de leur algorithme propriétaire;
- Un algorithme a été utilisé pour attribuer une indication de traitement à chaque personne à qui on a prescrit un médicament pour la PPrE-VIH ou la PPE-VIH. Toute classification erronée aurait pu produire une surestimation ou une sous-estimation du nombre d'utilisateurs de ces médicaments;
- Les médicaments distribués ne sont pas tous consommés, ce qui pourrait contribuer à une surestimation des utilisateurs de ces médicaments.

Les déclarations, résultats, conclusions, points de vue et opinions exprimés dans ce rapport sont fondés en partie sur des données obtenues avec l'autorisation d'IQVIA Solutions Canada inc. concernant le(s) service(s) d'information suivant(s) : CompuScript et GPM Custom Solutions, de janvier 2014 à décembre 2022. Tous droits réservés. Les déclarations, résultats, conclusions, points de vue et opinions exprimés dans le présent document ne sont pas nécessairement ceux d'IQVIA Solutions Canada inc. ou de l'une de ses entités affiliées ou filiales.



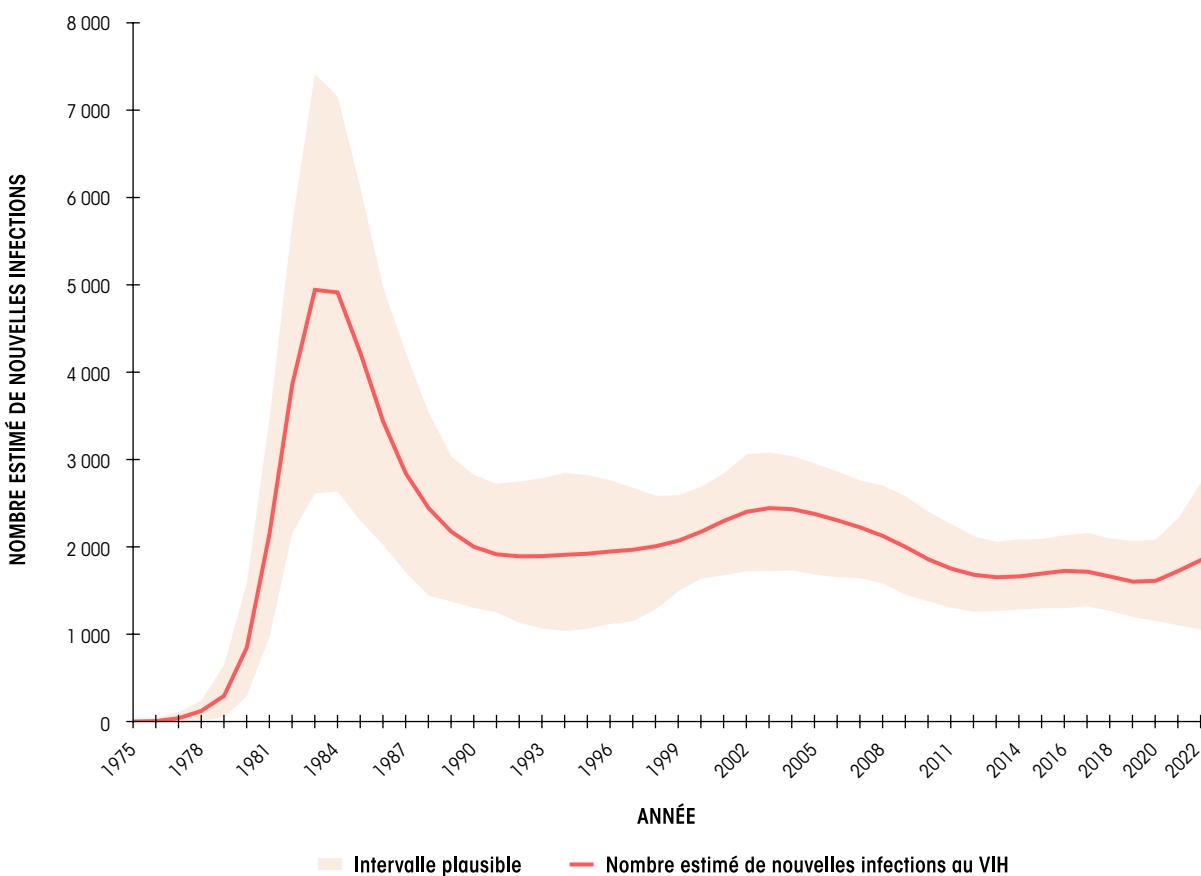
Un événement réunissant les Métis des Shining Mountains lors duquel les aînés, les gardiens du savoir et les jeunes en ont appris davantage sur les ITSS. *Red Deer, (Alberta)*

Incidence du VIH – Estimation du nombre de nouvelles infections par le VIH au Canada

On estime que 1 848 nouvelles infections ont eu lieu au Canada en 2022 (intervalle entre 1 050 et 2 740). Cette estimation représente une augmentation de 15% par rapport à l'estimation de 2020 (1 610 infections). Le taux d'incidence en 2022 était estimé à 4,7 pour 100 000 personnes pour l'ensemble de la population canadienne (intervalle entre 2,7 et 7,0 pour 100 000 personnes). Il s'agit d'une légère augmentation par rapport à l'estimation de 2020, qui était de 4,2 pour 100 000 personnes (intervalle entre 3,0 et 5,5 pour 100 000 personnes). En 2022, l'estimation du taux d'incidence était de 3,3 pour 100 000 chez les personnes de sexe féminin et de 6,1 pour 100 000 chez les personnes de sexe masculin.

FIGURE 2

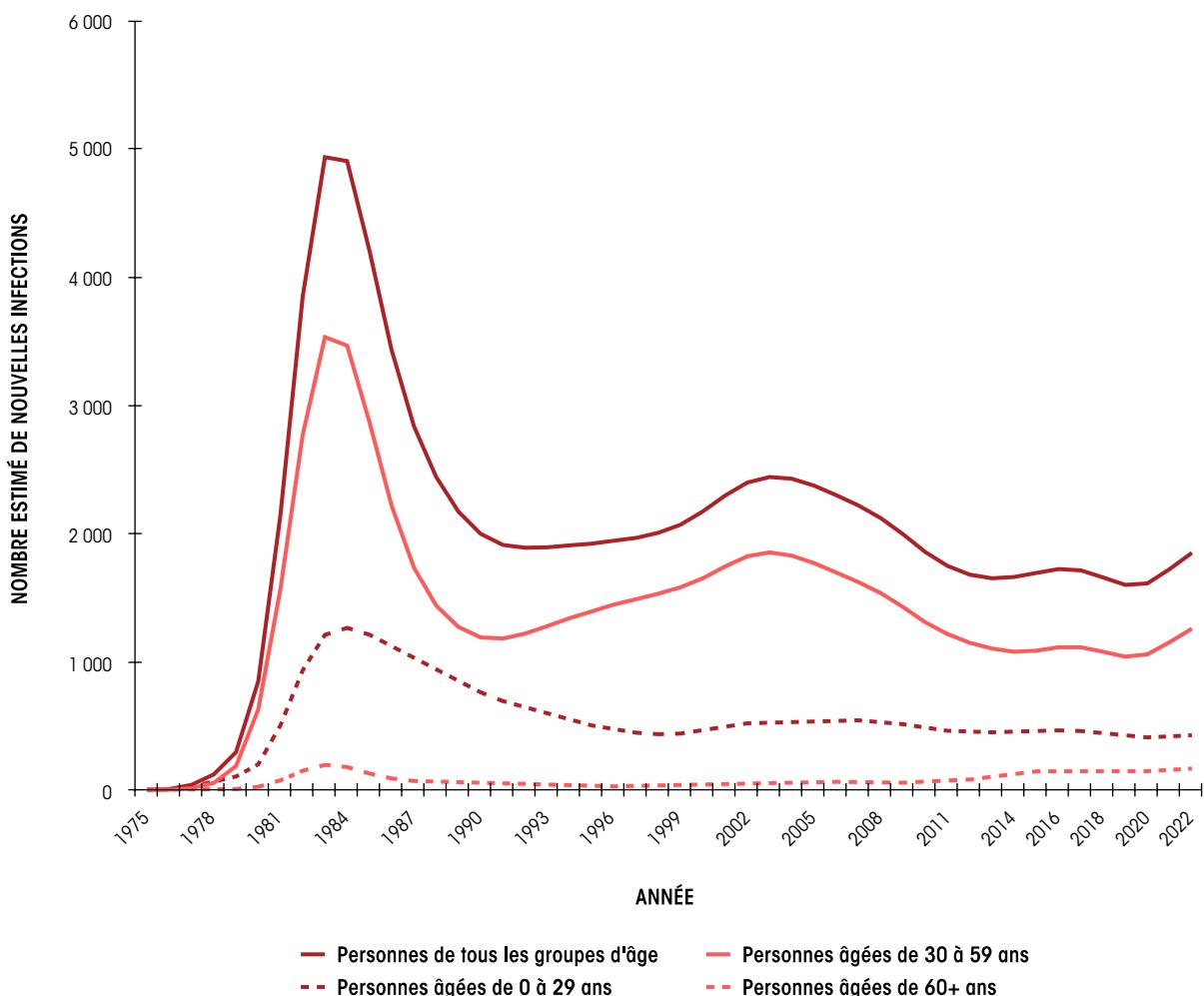
Estimation du nombre annuel de nouvelles infections par le VIH (incidence),
Canada, 1975-2022 (comprenant les intervalles plausibles)



Le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH a également été estimé par groupe d'âge (0-29 ans, 30-59 ans, et 60 ans et plus). La courbe d'incidence pour les personnes âgées de 30 à 59 ans suit de près la tendance générale de l'incidence, et connaît des augmentations au milieu des années 1980 et au début des années 2000 (figure 3). L'estimation du nombre de nouvelles infections chez les 0-29 ans a augmenté au début de l'épidémie, a atteint un pic au milieu des années 1980 et s'est stabilisée après les années 1990. L'incidence estimée chez les personnes âgées de 60 ans et plus est demeurée relativement faible, a atteint le nombre annuel d'infections le plus élevé au milieu des années 1980, s'est stabilisé à la fin des années 1980, et a légèrement augmenté au cours des 10 dernières années.

FIGURE 3

Nombre annuel estimé de nouvelles infections (incidence) par groupe d'âge, Canada, 1975-2022 (intervalles plausibles omis)



L'incidence du VIH a également été estimée dans les groupes de population clé les plus touchés par le VIH au Canada. Cette estimation comprend les hommes gais, bisexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (GBHARSAH), les personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI), les GBHARSAH-UDI, et les personnes hétérosexuelles.

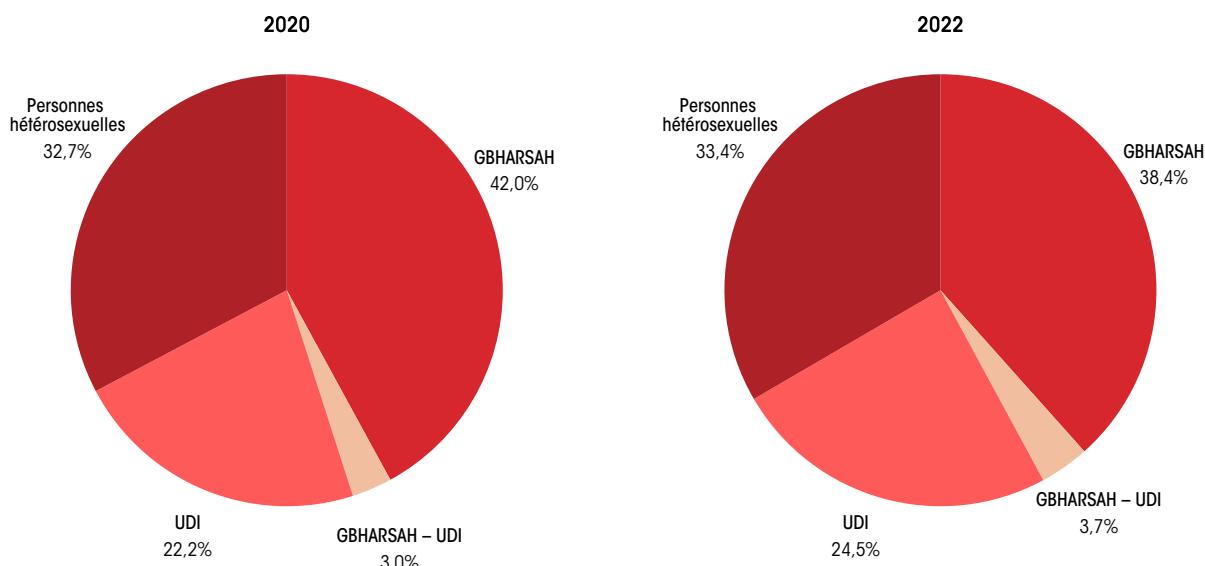
Les populations clés et le type d'exposition au VIH sont définis à l'annexe 2.

Parmi les nouvelles infections par le VIH pour 2022, on estime que 709 se sont produites chez les GBHARSAH, soit 38,4% de toutes les nouvelles infections (figure 4, annexe 3), bien qu'ils ne constituent que 3,5% des hommes âgés de 15 ans et plus au Canada¹⁷. La population de GBHARSAH continue d'être surreprésentée en ce qui concerne les nouvelles infections par le VIH au Canada et le nombre absolu de nouvelles infections chez cette population a augmenté depuis 2020. Cependant, la proportion de nouvelles infections parmi cette population a diminué par rapport à 2020 (42,0%). En 2022, le taux estimé d'incidence du VIH chez les GBHARSAH sexuellement actifs (GBHARSAH qui déclarent avoir eu des relations sexuelles anales avec un homme au cours des 6 à 12 derniers mois) était de 187 pour 100 000 personnes.

En 2022, on estimait à 453 le nombre de nouvelles infections chez les UDI, ce qui représente 24,5% des nouvelles infections par le VIH au Canada. Le taux d'incidence parmi les personnes qui s'étaient injecté des drogues au cours des 6 à 12 derniers mois était de 494 pour 100 000 personnes en 2022 (intervalle entre 272 et 741 pour 100 000 personnes^a). Cela représente une augmentation par rapport à 2020 (22,2% des nouvelles infections et taux de 388 pour 100 000 personnes). Le taux d'incidence parmi les personnes hétérosexuelles n'a pas pu être calculé en raison de l'absence d'une estimation de la taille de cette population (dénominateur).

FIGURE 4

Proportion de nouvelles infections par le VIH par population clé, Canada, 2020 (n=1 610) et 2022 (n=1 848)



^a Estimations nationales (révisées et non publiées) de la taille de la population des personnes utilisatrices de drogues injectables dans les 12 derniers mois en 2021 (100 300)

Répartition par emplacement géographique

Les provinces avec le plus grand nombre estimé de nouvelles infections en 2022 étaient le Québec (522), l'Ontario (475) et la Saskatchewan (283). Il existe une hétérogénéité entre les provinces et les territoires concernant la représentation des nouvelles infections par population clé (tableau 2). Le taux d'incidence du VIH varie selon les provinces et territoires, les plus élevés étant en Saskatchewan (24 pour 100 000 personnes), au Manitoba (19 pour 100 000 personnes) et au Québec (6 pour 100 000 personnes).

TABLEAU 2

Nombre estimé de nouvelles infections par le VIH et intervalles plausibles associés, par population clé et province ou région, Canada, 2022

Province/ région	Mesure	Populations clés				Total
		GBHARSAH	GBHARSAH - UDI	UDI	Personnes hétérosexuelles	
Colombie- Britannique	Estimation ponctuelle [n]	57	4	15	23	99
	Intervalle [n]	25-100	<10	5-30	10-40	40-170
	Pourcentage [%]	57,6	4,0	15,2	23,2	100
Alberta	Estimation ponctuelle [n]	46	9	34	71	160
	Intervalle [n]	20-70	<20	15-50	30-110	90-240
	Pourcentage [%]	28,8	5,6	21,3	44,4	100
Saskatchewan	Estimation ponctuelle [n]	12	4	141	126	283
	Intervalle [n]	5-25	<10	80-210	70-190	170-410
	Pourcentage [%]	4,2	1,4	49,8	44,5	100
Manitoba	Estimation ponctuelle [n]	16	13	185	53	267
	Intervalle [n]	5-30	5-25	100-270	30-80	160-380
	Pourcentage [%]	6,0	4,9	69,3	19,9	100
Ontario	Estimation ponctuelle [n]	260	20	44	151	475
	Intervalle [n]	130-400	10-30	20-65	75-230	240-700
	Pourcentage [%]	54,7	4,2	9,3	31,8	100
Québec	Estimation ponctuelle [n]	293	17	24	188	522
	Intervalle [n]	180-430	10-30	10-35	110-270	350-750
	Pourcentage [%]	56,1	3,3	4,6	36,0	100
Atlantique	Estimation ponctuelle [n]	24	1	10	5	40
	Intervalle [n]	10-40	<5	5-25	<20	20-70
	Pourcentage [%]	60,0	2,5	25,0	12,5	100
Territoires	Estimation ponctuelle [n]					2
	Intervalle [n]				Nombres non rapportés afin de réduire la possibilité d'identification des individus.	<10
	Pourcentage [%]					100
Canada	Estimation ponctuelle [n]	709	68	453	618	1 848
	Intervalle [n]	400-1 060	40-100	250-680	350-930	1 050-2 740
	Pourcentage [%]	38,4	3,7	24,5	33,4	100

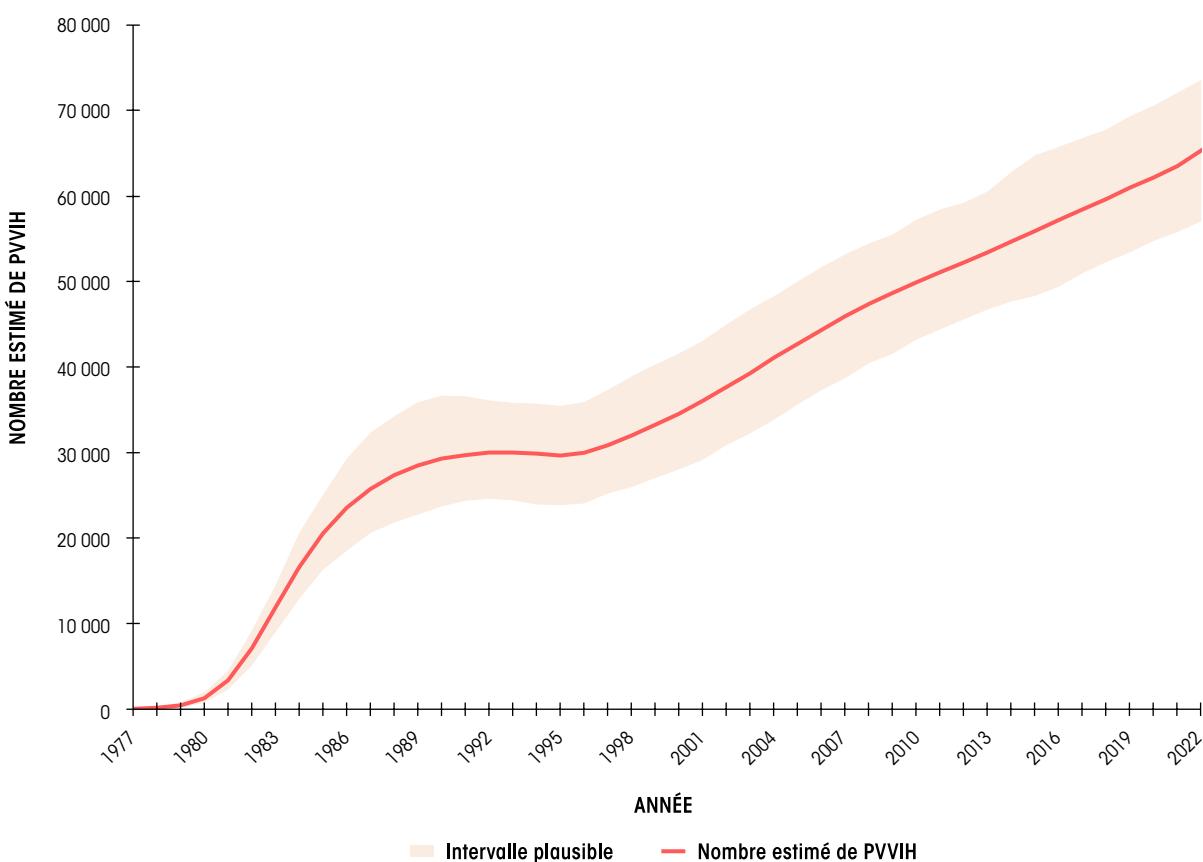
Prévalence du VIH - Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH au Canada

On estime que 65 270 personnes vivaient avec le VIH à la fin de 2022 (intervalle plausible entre 57 000 et 73 500) (figure 5). Cela représente une augmentation de 5,1 % par rapport à l'estimation de 2020 (62 110 personnes). Parmi l'estimation de 65 270 PVVIH, 50,8 % étaient des GBHARSAH, 13,1 % étaient des UDI et 32,3 % étaient des personnes hétérosexuelles. Les personnes de sexe masculin représentaient 74 % des PVVIH, tandis que les personnes de sexe féminin, 25 % (annexe 3).

En 2022, la prévalence estimée du VIH au Canada était de 0,17 % (intervalle plausible entre 0,1 % et 0,2 %). La prévalence du VIH chez les personnes de sexe masculin était de 0,25 % et de 0,08 % chez les personnes de sexe féminin. La prévalence estimée chez les GBHARSAH était de 5,0 % (intervalle de 4,3 % à 5,6 %), de 2,2 % (intervalle de 1,9 % à 2,5 %) chez les UDI et de 0,9 % chez les personnes incarcérées dans des établissements de détention fédéraux (données de Service correctionnel Canada).

FIGURE 5

**Estimation du nombre de PVVIH (prévalence), Canada, 1977-2022
(comprenant les intervalles plausibles)**



Répartition par emplacement géographique

Les provinces avec le plus grand nombre estimé de PVVIH à la fin de 2022 étaient l'Ontario (23 172), le Québec (19 101) et la Colombie-Britannique (9 364), tel qu'attendu, puisqu'il s'agit des trois provinces les plus peuplées du Canada. La proportion de PVVIH par population clé varie selon les provinces ou les territoires (tableau 3).

TABLEAU 3

Nombre estimé de PVVIH (prévalence) et intervalles plausibles associés, par population clé et province ou région, Canada, 2022

Province/ région	Mesure	Populations clés					Total
		GBHARSAH	GBHARSAH - UDI	UDI	Personnes hétérosexuelles	Autre	
Colombie- Britannique	Estimation ponctuelle [n]	5 275	230	1 310	2 424	125	9 364
	Intervalle [n]	4 600-6 000	200-260	1 100-1 500	2 100-2 800	100-150	8 200-10 600
	Pourcentage [%]	56,3	2,5	14,0	25,9	1,3	100
Alberta	Estimation ponctuelle [n]	2 035	205	884	2 375	35	5 534
	Intervalle [n]	1 700-2 400	120-290	650-1 150	2 100-2 700	20-60	4 800-6 200
	Pourcentage [%]	36,8	3,7	16,0	42,9	0,6	100
Saskatchewan	Estimation ponctuelle [n]	223	72	2 383	991	85	3 754
	Intervalle [n]	190-260	50-100	2 000-2 800	860-1 150	60-110	3 200-4 300
	Pourcentage [%]	5,9	1,9	63,5	26,4	2,3	100
Manitoba	Estimation ponctuelle [n]	547	78	712	1 300	25	2 662
	Intervalle [n]	460-640	60-100	600-830	1 100-1 500	10-50	2 300-3 100
	Pourcentage [%]	20,5	2,9	26,7	48,8	0,9	100
Ontario	Estimation ponctuelle [n]	13 649	771	2 007	6 625	120	23 172
	Intervalle [n]	11 800-15 500	670-880	1 750-2 300	5 700-7 600	90-150	20 000-26 400
	Pourcentage [%]	58,9	3,3	8,7	28,6	0,5	100
Québec	Estimation ponctuelle [n]	10 535	455	1 111	6 850	150	19 101
	Intervalle [n]	9 200-11 900	390-520	950-1 300	6 000-7 700	120-180	16 600-21 600
	Pourcentage [%]	55,2	2,4	5,8	35,9	0,8	100
Atlantique	Estimation ponctuelle [n]	897	29	143	498	34	1 601
	Intervalle [n]	760-1 050	10-50	110-180	420-580	15-60	1 400-1 800
	Pourcentage [%]	56,0	1,8	8,9	31,1	2,1	100
Territoires	Estimation ponctuelle [n]						82
	Intervalle [n]	Nombres non rapportés afin de réduire la possibilité d'identification des individus.					50-120
	Pourcentage [%]						100
Canada	Estimation ponctuelle [n]	33 183	1 843	8 573	21 095	576	65 270
	Intervalle [n]	29 000-37 400	1 500-2 200	7 400-9 800	18 300-23 900	450-700	57 000-73 500
	Pourcentage [%]	50,8	2,8	13,1	32,3	0,9	100

Mortalité chez les PVVIH

Selon Statistiques Canada, les décès au Canada sont enregistrés en deux étapes : premièrement, un certificat médical précisant la cause de décès est rempli par un certificateur (habituellement un médecin ou une infirmière); deuxièmement, un formulaire d'enregistrement de décès est rempli par le registraire provincial ou territorial. Chaque province et territoire dispose d'un formulaire d'enregistrement de décès qui lui est propre, mais toutes les provinces et tous les territoires utilisent un certificat médical standard de la cause de décès recommandé à l'échelle internationale par l'OMS. Le formulaire du certificat médical de la cause de décès contient la cause immédiate du décès, les causes antécédentes du décès y compris la cause initiale, ainsi que d'autres conditions importantes ayant contribué au décès. La cause initiale du décès est définie par l'OMS comme étant la maladie ou la blessure ayant initié la chaîne d'événements ayant mené directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence ayant produit la blessure fatale¹⁸.

Dans la plupart des statistiques officielles et des recherches, seule la cause initiale du décès est prise en compte, bien que moins de 20% des décès n'aient qu'une seule cause déclarée¹⁶. Les données sur les causes multiples de décès fournissent des renseignements sur d'autres maladies figurant au certificat de décès, sur les associations entre les maladies ou comorbidités et sur les blessures signalées lorsque les décès résultent d'une cause externe. Bien que les données sur les décès à causes multiples améliorent l'exactitude des déclarations sur la mortalité liée à une maladie ou à une affection spécifique, elles ne donnent pas une image complète du nombre de PVVIH décédées (soit en raison de leur infection par le VIH, soit pour d'autres causes). Dans ce cas, d'autres sources de données sont utilisées pour mieux estimer la mortalité toutes causes confondues parmi toutes les PVVIH. L'ASPC travaille avec chaque province et territoire pour estimer la mortalité toutes causes confondues parmi les PVVIH. Il s'agit d'une étape nécessaire pour estimer le nombre de personnes vivant actuellement avec le VIH au Canada.

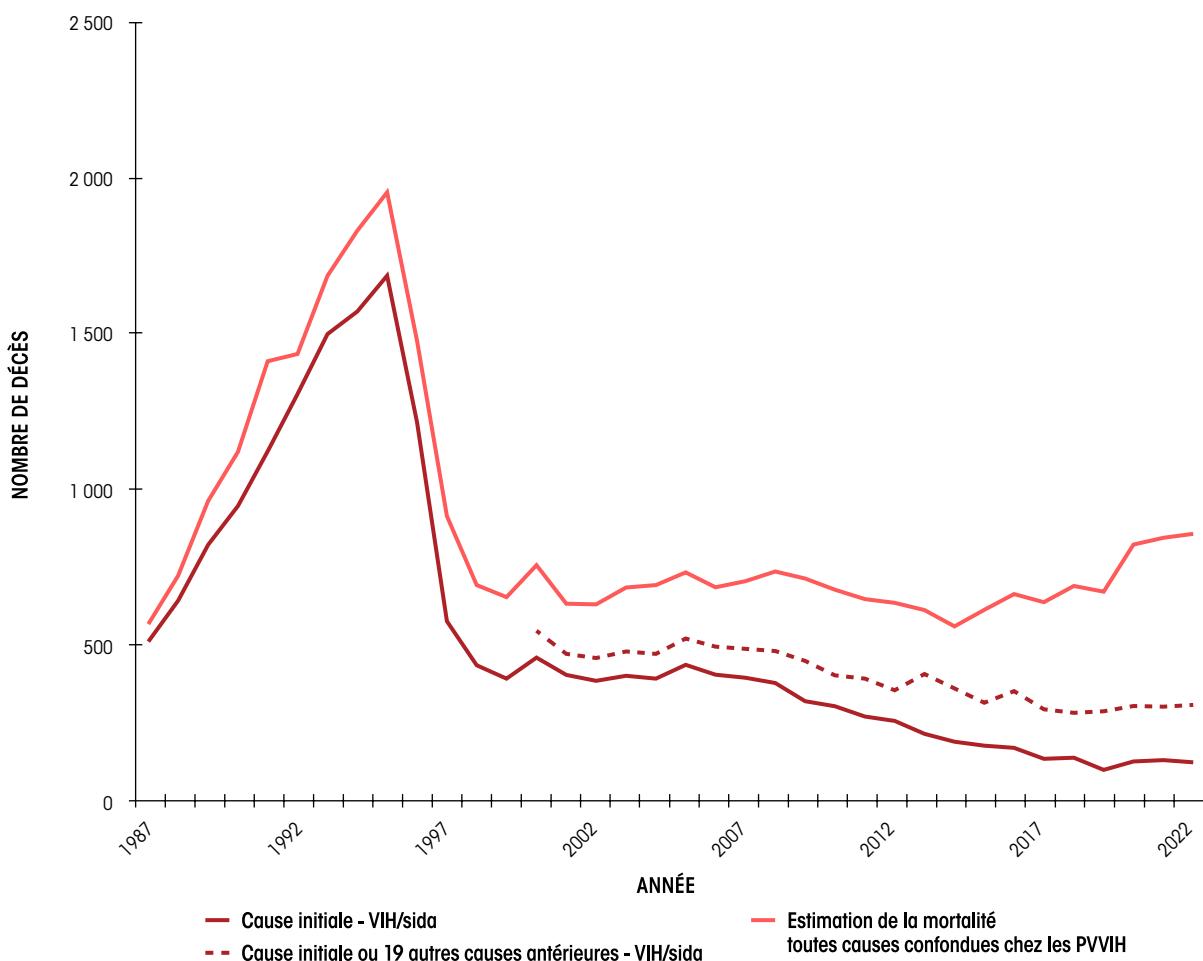
La figure 6 présente une comparaison des trois différentes mesures de mortalité relatives au VIH pour le Canada. Premièrement, elle présente le nombre de décès où le VIH/sida était documenté comme cause initiale, tel que rapporté par Statistiques Canada. Deuxièmement, elle présente le nombre de décès où le VIH/sida figurait comme cause initiale ou parmi les 19 causes antécédentes de décès, aussi à partir des données de Statistiques Canada. Finalement, la figure présente la mortalité toutes causes confondues estimée parmi les PVVIH, ajustant pour la sous-déclaration et les retards de déclaration.

En 2022, le nombre de décès pour lesquels le VIH/sida était identifié comme cause initiale ou parmi les 19 causes antécédentes ($n=309$) est supérieur au nombre de décès identifiés avec le VIH/sida comme seule la cause initiale ($n=126$). Comme attendu, le nombre estimé de décès parmi les PVVIH au Canada, qui tient compte de la sous-déclaration et des retards de déclaration, est le plus élevé, soit 855.

À la fin des années 1980 et au début des années 1990, de nombreuses PVVIH sont décédées de leur infection par le VIH (c.-à-d. le VIH/sida était la cause immédiate de décès), de sorte que les données de l'état civil sur la cause initiale du décès correspondaient étroitement à la mortalité toutes causes confondues estimée parmi les PVVIH, avec les décès dont la cause initiale était le VIH/sida représentant 85% à 90% de la mortalité toutes causes confondues estimée. Cependant, après l'introduction du TAR au milieu des années 1990, les décès dont la cause initiale était le VIH/sida ont diminué de manière significative. Entre la fin des années 1990 et le début des années 2000, les décès dont la cause initiale était le VIH/sida représentaient environ 60% de la mortalité toutes causes confondues estimée parmi les PVVIH. Au cours des dernières années, ce chiffre a diminué à environ 15%, soulignant l'efficacité du traitement et l'importance des comorbidités comme risques concurrents à mesure que les PVVIH vieillissent¹⁹.

FIGURE 6

Le nombre de décès dont le VIH/sida figure comme cause initiale, le nombre de décès où le VIH/sida figure comme cause initiale ou parmi les 19 causes antécédentes, et l'estimation de mortalité toutes causes confondues parmi les PVVIH, Canada, 1987 à 2022*



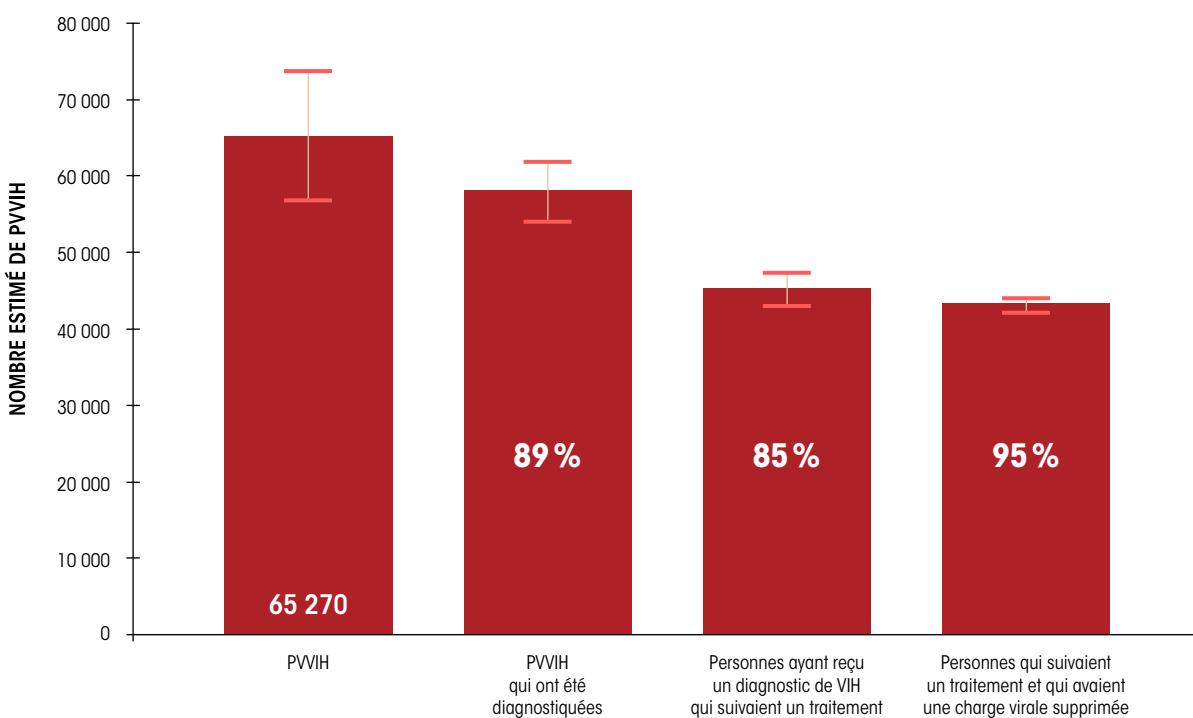
*Statistique Canada documente jusqu'à 20 causes de décès depuis 2000.

Les progrès réalisés par le Canada vers l'atteinte des cibles 95-95-95 pour le VIH

Au Canada, à la fin de 2022, on estime que 65 270 personnes vivaient avec le VIH (intervalle plausible de 57 000 à 73 500). Parmi celles vivant avec le VIH, on estime que 89% étaient diagnostiquées (intervalle plausible de 83% à 95%). Parmi les personnes diagnostiquées, on estimait que 85% étaient sous traitement (intervalle plausible de 81% à 89%) et que 95% des personnes traitées avaient une charge virale supprimée (intervalle plausible de 93% à 97%) (figure 7 et tableau 4).

FIGURE 7

Nombre estimé de PVVIH, et pourcentage estimé des personnes diagnostiquées, sous traitement et ayant une charge virale supprimée, Canada, 2022 (les lignes verticales représentent les intervalles plausibles)



Les données sur le traitement et la suppression virale n'étaient pas disponibles dans quatre provinces et territoires. Pour tenir compte de ces données manquantes, les données de ces quatre provinces et territoires ont été retirées du dénominateur dans le calcul national des deuxième et troisième cibles 95.

TABLEAU 4

Nombre et pourcentage estimés de personnes vivant avec le VIH, diagnostiquées, sous traitement et ayant une charge virale supprimée avec les intervalles plausibles, Canada, 2022

Mesure	Personnes vivant avec le VIH	Personnes vivant avec le VIH ayant reçu un diagnostic	Personnes diagnostiquées avec le VIH qui ont suivi un traitement*	Personnes ayant suivi un traitement qui avaient une charge virale supprimée*
Pourcentage estimé [%]	S.O.	89	85	95
Intervalle plausible [%]	S.O.	83-95	81-89	93-97
Nombre estimé [n]	65 270	58 220	45 330	43 240
Intervalle plausible [n]	57 000-73 500	54 170-62 010	42 980-47 220	42 160-43 970

*Les données sur le traitement et la suppression virale n'étaient pas disponibles dans quatre provinces. Pour tenir compte de ces données manquantes, les données de ces quatre provinces et territoires ont été retirées du dénominateur dans le calcul national des deuxième et troisième cibles 95.

Les progrès du Canada vers l'atteinte des cibles 95-95-95 ont stagné depuis 2020. En utilisant les méthodes actuelles et les données mises à jour pour réviser les estimations de 2020, nous avons estimé qu'en 2020, 89% (intervalle plausible : 83 % - 95 %) des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur état sérologique, 87 % (intervalle plausible : 83 % - 91 %) des personnes diagnostiquées suivaient un traitement antirétroviral, et 95% (intervalle plausible : 93 % - 97 %) des personnes traitées avaient une charge virale supprimée.

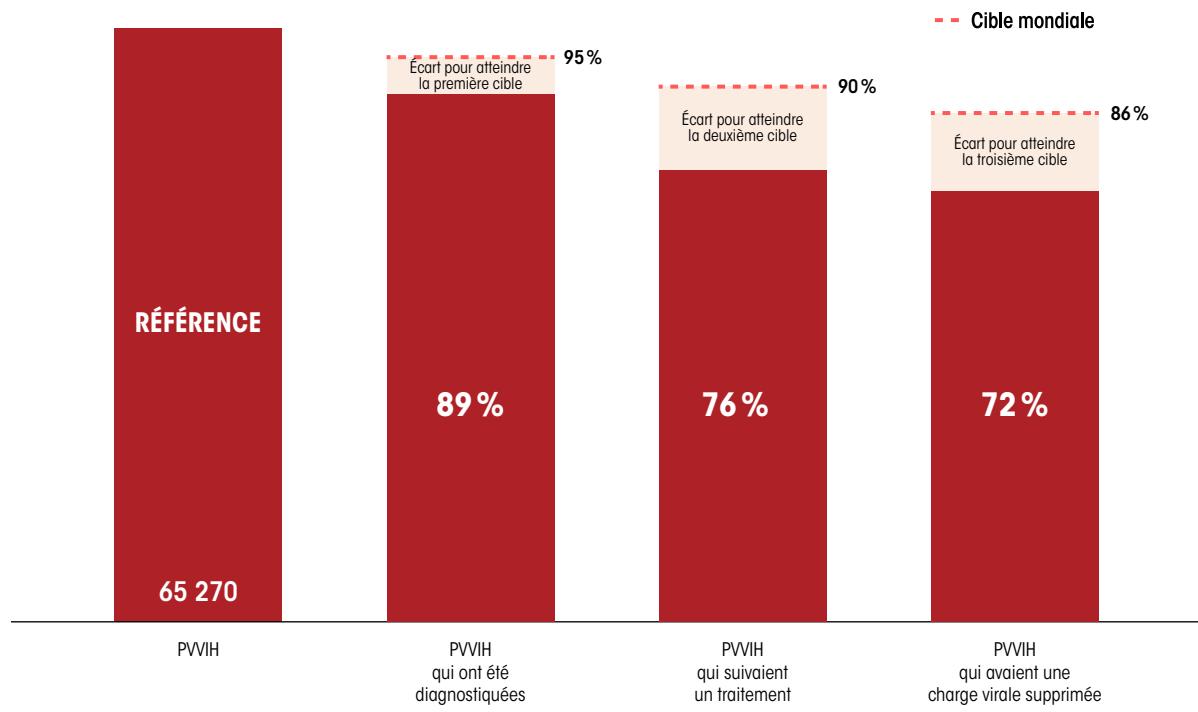
Les cibles 95-95-95 et le continuum de soins du VIH représentent deux façons d'examiner les mêmes données. Lorsque nous présentons les progrès réalisés vers l'atteinte des cibles 95-95-95, le dénominateur de chacune des cibles est différent (décris au tableau 1).

La valeur numérique de la première cible 95 est le dénominateur de la deuxième cible 95, et la valeur numérique de la deuxième cible 95 est le dénominateur de la troisième cible 95. Lorsque nous examinons le continuum de soins du VIH, le dénominateur reste le même, soit toutes les personnes vivant avec le VIH. Dans cette approche, lorsque les trois cibles 95-95-95 seront atteintes, 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH seront sous TAR (95% x 95%) et 86% de toutes les personnes vivant avec le VIH auront une charge virale supprimée (86% x 95%)⁴.

Selon l'approche par mesure du continuum de soins, on estime que 72% des PVVIH au Canada en 2022 avaient une charge virale supprimée; on s'attendrait à ce que ces personnes aient des bienfaits au niveau de leur santé et ne transmettent pas l'infection sexuellement, ce qui réduirait la transmission du VIH, tant que leur charge virale est indétectable (figure 8).

FIGURE 8

Continuum de soins du VIH au Canada et lacunes pour atteindre les cibles mondiales d'élimination, 2022

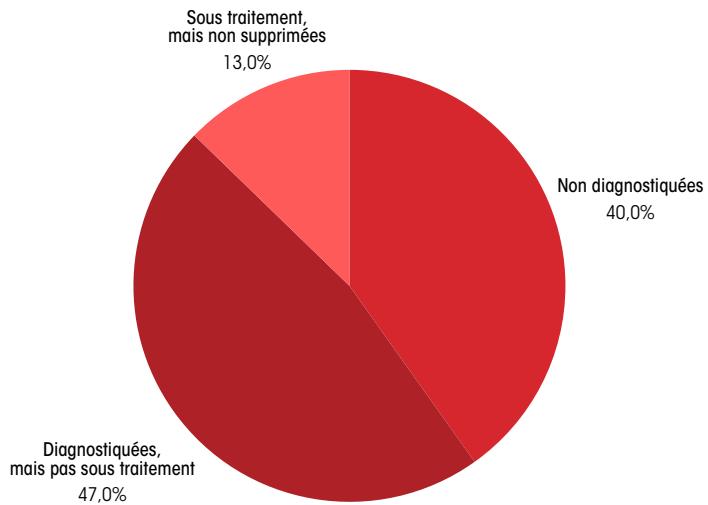


Les données sur le traitement et la suppression virale n'étaient pas disponibles dans quatre provinces et territoires. Pour tenir compte de ces données manquantes, les données de ces quatre provinces et territoires ont été retirées du dénominateur.

En utilisant les données pour mieux comprendre les lacunes tout au long du continuum de soins, les programmes de santé communautaire et de santé publique peuvent s'ajuster pour améliorer leur portée auprès des PVVIH afin d'augmenter le nombre de personnes qui atteignent et maintiennent la suppression virale.

FIGURE 9

Personnes vivant avec le VIH non engagées ou représentées dans le continuum de soins du VIH, neuf provinces et territoires au Canada, 2022



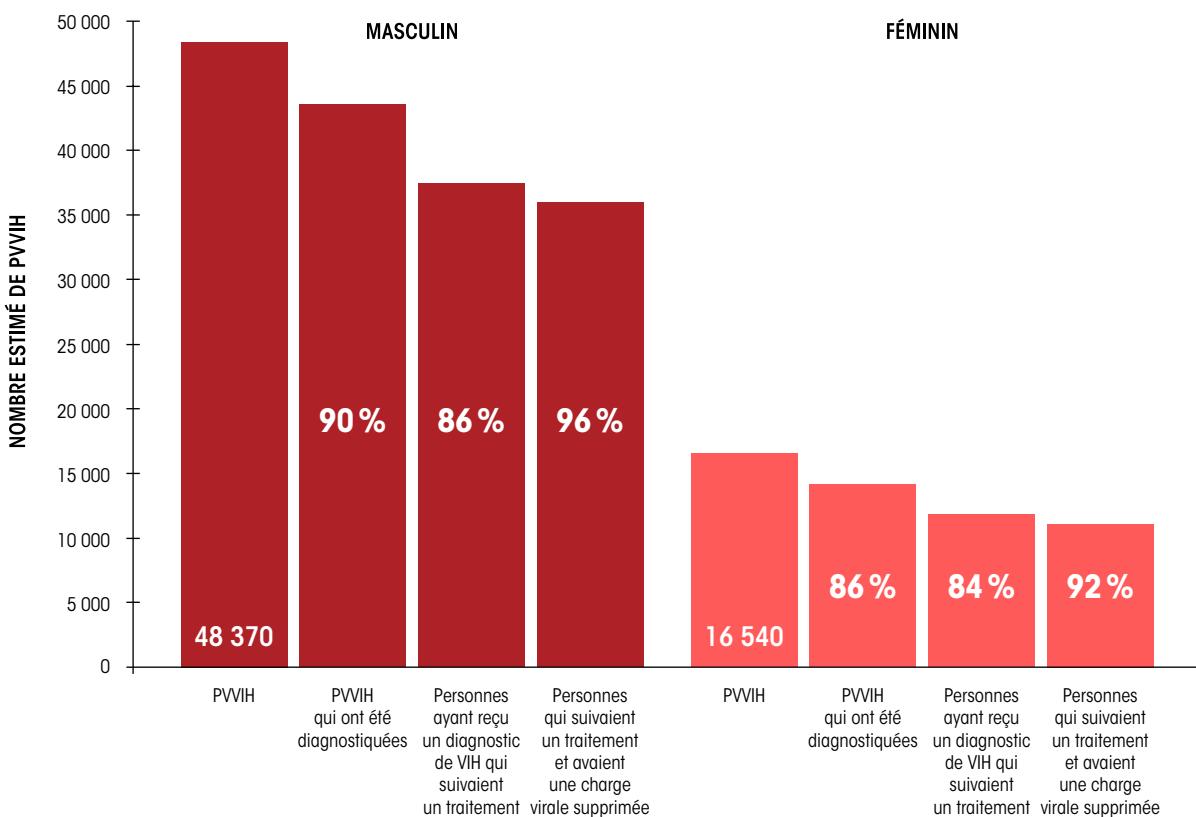
Identifier des lacunes le long du continuum de soins du VIH peut aider à apporter les ajustements nécessaires afin d'améliorer les programmes de prévention et de soins là où ils sont le plus nécessaire au Canada. Dans les neuf provinces et territoires du Canada où les données étaient disponibles, 16 413 personnes n'étaient pas engagées dans le continuum de soins du VIH (figure 9). Les écarts les plus significatifs concernaient les personnes qui ont été diagnostiquées, mais qui n'étaient pas sous traitement (7 729; 47,1%), suivis de celles qui n'ont pas été diagnostiquées (6 590; 40,2%), ce qui suggère un besoin d'interventions ciblant la liaison et la rétention dans les soins, ainsi que le dépistage. On estime que 2 092 (12,7%) personnes étaient sous traitement, mais n'avaient pas une charge virale supprimée. Les PVVIH négligées dans le continuum de soins du VIH représentent une occasion importante d'améliorer l'état de santé des individus et de réduire la transmission communautaire du VIH.

Estimations des cibles 95-95-95 par sexe

Le Canada déploie un effort continu pour mesurer les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs mondiaux pour le VIH chez les groupes épidémiologiquement pertinents. L'Agence estime le nombre de PVVIH par sexe, défini comme le sexe assigné à la naissance, et rapporte les progrès du Canada par sexe et par province ou région. Au Canada, à la fin de 2022, parmi les 65 270 personnes vivant avec le VIH, 48 370 étaient de sexe masculin (74,1%) et 16 540 étaient de sexe féminin (25,3%). Parmi les personnes de sexe masculin vivant avec le VIH, on estime que 90% étaient diagnostiquées. Parmi celles diagnostiquées, 86% étaient estimées être sous traitement et 96% de celles sous traitement avaient une charge virale supprimée (figure 10 et tableau 5). Comparativement aux personnes de sexe masculin vivant avec le VIH au Canada, les personnes de sexe féminin semblent avoir une connaissance plus faible de leur infection ainsi que des niveaux de traitement et de suppression virale inférieurs. Parmi les personnes de sexe féminin vivant avec le VIH, on estime que 86% d'entre elles ont été diagnostiquées. Parmi celles diagnostiquées, on estime que 84% étaient sous traitement et que 92% de celles-ci avaient une charge virale supprimée (figure 9 et tableau 5).

FIGURE 10

Nombre et pourcentage estimés de PVVIH, diagnostiquées, suivant un traitement et ayant une charge virale supprimée, personnes de sexe masculin et féminin, Canada, 2022



Les données sur le traitement et la suppression virale n'étaient pas disponibles dans quatre provinces et territoires. Pour tenir compte de ces données manquantes, les données de ces quatre provinces et territoires ont été retirées du dénominateur dans le calcul national des deuxièmes et troisièmes cibles 95.

TABLEAU 5

Estimation du nombre et du pourcentage de personnes vivant avec le VIH, diagnostiquées, suivant un traitement et dont la charge virale est supprimée et leurs intervalles plausibles, personnes de sexe masculin et féminin, Canada, 2022

Mesure	Personnes vivant avec le VIH		Personnes vivant avec le VIH qui ont été diagnostiquées		Personnes atteintes du VIH qui ont suivi un traitement*		Personnes traitées qui avaient une charge virale supprimée*	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
Pourcentage estimé [%]	S.O.	S.O.	90	86	86	84	96	92
Intervalle plausible [%]	S.O.	S.O.	84-96	80-92	82-90	80-88	94-98	90-94
Nombre estimé [n]	48 370	16 540	43 620	14 250	34 420	10 580	33 150	9 760
Intervalle plausible [n]	42 000 - 54 800	14 400 - 18 800	39 660 - 46 440	13 230 - 15 550	32 870 - 36 070	10 100 - 11 110	32 350 - 33 730	9 520 - 9 950

*Les données sur le traitement et la suppression virale n'étaient pas disponibles dans quatre provinces et territoires. Pour tenir compte de ces données manquantes, les données de ces quatre provinces et territoires ont été retirées du dénominateur dans le calcul national des deuxième et troisième cibles 95.

On estime que 11 414 personnes de sexe masculin et 4 970 personnes de sexe féminin dans neuf provinces et territoires du Canada n'ont pas été incluses ou représentées dans le continuum de soins. Les principaux écarts concernent les personnes diagnostiquées mais pas sous traitement (50% pour les personnes de sexe masculin et 41% pour les personnes de sexe féminin), et les personnes non diagnostiquées (39% pour les personnes de sexe masculin et 36% pour les personnes de sexe féminin).

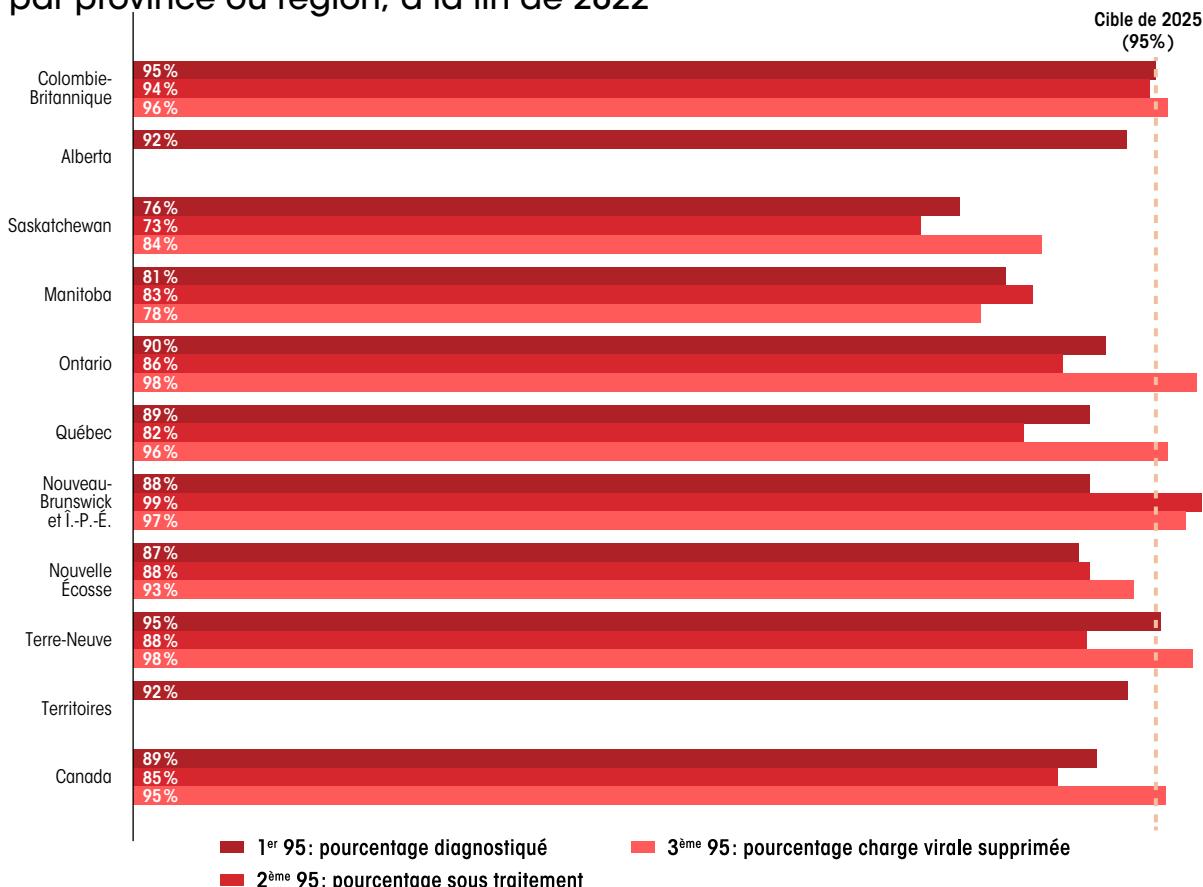
Estimations des cibles 95-95-95 par emplacement géographique

Il est essentiel d'évaluer régulièrement les avancés, non seulement à l'échelle nationale, mais également au niveau régional, en vue d'évaluer les progrès réalisés vers l'atteinte des cibles de lutte contre le VIH. On trouvera ci-dessous les progrès réalisés dans l'atteinte des cibles mondiales 95-95-95, dans les provinces et territoires du Canada. Certaines provinces et territoires ont été regroupés parce que la prestation de traitements et de soins liés au VIH est menée conjointement entre deux provinces ou en raison de la taille insuffisante des données.

Deux provinces ont atteint la première cible 95, avec plus de 95 % des personnes vivant avec le VIH diagnostiquées, dans leur région. La plupart des autres provinces et territoires ont encore des progrès importants à réaliser pour atteindre la première cible 95 (figure 11). La proportion de personnes ayant reçu un diagnostic de VIH et sous traitement variait de 73 % à 99 %, une province atteignant la deuxième cible 95. Cinq provinces ont atteint la troisième cible 95 pour la suppression virale (figure 11).

FIGURE 11

Nombre estimé et pourcentage de personnes vivant avec le VIH, diagnostiquées, sous traitement et ayant une charge virale supprimée, par province ou région, à la fin de 2022^b



^b Les données relatives au traitement et à la suppression virale n'ont pas été fournies par quatre provinces et territoires.

Estimations des cibles 95-95-95 chez les populations clés

Le VIH affecte certaines populations et communautés de manière disproportionnée et les progrès vers les cibles 95-95-95 varient selon ces populations clés. Le tableau 6 présente les estimations les plus récentes des cibles 95-95-95 chez les populations clés. Les données mises à jour pour 2022 ont été fournies pour les personnes incarcérées dans des établissements de détention fédéraux ainsi que pour celles vivant dans des communautés des Premières Nations en Saskatchewan. Les données pour toutes les autres populations clés proviennent de rapports publiés précédemment.

TABLEAU 6

Objectifs du continuum de soins du VIH chez les populations clés, données de 2017 à 2022

Population	Année de l'estimation	PVVIH diagnostiquées	PVVIH qui connaissaient leur séropositivité	Personnes connaissant leur séropositivité qui suivaient traitement	Personnes qui suivaient un traitement qui avaient une charge virale supprimée
Personnes incarcérées dans des centres de détention fédéraux (Communication personnelle, Service correctionnel Canada, juin 2024)	2022	S.O.	80% ^c	98%	84%
Personnes vivant dans les communautés des Premières Nations de la Saskatchewan ²⁰	2022	n non présenté	S.O.	88%	69%
Premières Nations en Saskatchewan et en Alberta ²¹	2018-2020	25	64%	81 %	54%
Hommes gais, bisexuel et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (GBHARSAH) dans trois centres urbains ^{22, 23, 24, 25, 26}	2017-2019	421	98 %	96 %	94 %
Personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI) ¹²	2017-2019	222	83%	88%	63%
Communauté africaine, caribéenne et noire en Ontario ²⁷	2018	S.O.	S.O.	83-85%	96-97 %

^c On estime qu'une personne est au courant de son statut si elle a subi un test de dépistage du VIH avant son incarcération, qu'elle a accepté un test volontaire à l'admission, qu'elle a été référée pour un test de dépistage du VIH ou qu'elle en a demandé un pendant l'incarcération. Cette mesure sert à établir par procuration le premier indicateur 95 pour les établissements de détention fédéraux, d'après les données actuellement disponibles.

Prévention du VIH et stigmatisation liée au VIH

La prévention du VIH est un élément essentiel de la stratégie mondiale de santé visant à éliminer l'épidémie de VIH³. Les stratégies de prévention du VIH combinent des interventions structurelles, biomédicales et comportementales pour prévenir la transmission du virus²⁸. Ce rapport insiste sur les mesures de prévention, en mettant l'accent sur les données de transmission verticale du VIH, ainsi que sur la PPrE-VIH et à la PPE-VIH, deux stratégies biomédicales utilisées au Canada pour limiter la transmission du VIH²⁸.

Bien que les innovations en matière de prévention, de dépistage et de traitement du VIH aient généralement conduit à de meilleures issues de santé individuelles et collectives chez les Canadiens¹ la stigmatisation et la discrimination auxquelles font face les PVVIH demeurent des problèmes persistants, qui menacent de compromettre les efforts visant à éliminer cette maladie. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH peuvent comprendre des expériences d'évitement, de rejet social, de violence verbale et physique, de refus de services sociaux ou de santé, ainsi que de perte d'emploi et d'éducation, entre autres²⁹. Ces expériences peuvent nuire à toutes les étapes de la prise en charge du VIH, en compliquant l'accès aux services, l'adhésion au traitement et le maintien en soins²⁹.



**Je veux qu'on m'entende; je veux qu'ils entendent ma voix.
Et je veux faire partie de mes soins de santé. Je mérite d'en faire partie,
parce qu'il s'agit de moi³⁰**

Transmission verticale du VIH au Canada

En 2022, 239 nourrissons ont été exposés au VIH à la naissance et six cas de nouvelles infections périnatales par le VIH ont été rapportés chez des enfants nés au Canada. La proportion de femmes et d'autres personnes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu un traitement antirétroviral (TAR) pendant la grossesse était de 96 %. Parmi les six nourrissons ayant contracté le VIH par voie périnatale en 2022, trois sont nés de mères ayant reçu un certain traitement antirétroviral incomplet ou partiel. Deux des nourrissons sont nés de mères n'ayant reçu aucun TAR, et un nourrisson est né d'une mère dont l'information sur le TAR n'a pu être confirmée. Des données supplémentaires figurent dans le rapport annuel de surveillance du VIH³¹.

PPrE-VIH et PPE-VIH

PPRE-VIH

La PPrE-VIH inclut des antirétroviraux pris à la demande ou de façon continue avant une exposition au VIH³². Le recours à la PPrE-VIH au Canada augmente chaque année. La prévalence annuelle de l'utilisation de la PPrE-VIH était de 43 par 100 000 personnes en 2018, et est passée à 89 par 100 000 personnes en 2022. La prévalence annuelle estimée de l'utilisation de la PPrE-VIH varie à travers le pays (tableau 7).

TABLEAU 7

Prévalence annuelle estimée de l'utilisation de la PPrE-VIH (par 100 000 personnes), par province, 2014-2022

Province	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Manitoba	1	1	1	3	7	15	14	16	30
Nouveau-Brunswick	0	0	9	13	18	23	22	26	32
Terre-Neuve	0	0	1	2	8	17	19	23	26
Nouvelle Écosse	0	0	9	18	27	39	44	37	48
Ontario	2	4	11	22	45	64	69	82	97
Île-du-Prince-Édouard	0	0	0	3	42	30	38	56	64
Québec	3	9	17	28	39	50	55	62	75
Saskatchewan	0	0	1	4	29	65	69	67	69
Colombie-Britannique	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	64	95	97	109	132
Prévalence globale de l'utilisation du VIH-PPrE [9 provinces 2019-2022]	2*	5*	11*	21*	43	61	64	74	89

Remarque: Données d'IQVIA sur la PPrE-VIH non disponibles pour l'Alberta et les territoires.

* 8 provinces incluses dans le taux global.

En 2022:

- 98% de l'utilisation de la PPrE-VIH concernait des personnes de sexe masculin et 2% des personnes de sexe féminin.
- L'utilisation de la PPrE-VIH était la plus élevée chez les 30 à 39 ans.
- 54% des prescriptions de PPrE-VIH ont été couvertes par des assurances privées, 43% par des assurances publiques, 1% ont été payées par les personnes elles-mêmes et 1% par une combinaison d'assurances privées et publiques.
- 47% des ordonnances pour la PPrE-VIH ont été émises par des médecins généralistes, 16% par des médecins spécialistes et 37% par d'autres professionnels de santé (médecins dont la spécialité est inconnue ou infirmières praticiennes).

PPE-VIH

La PPE-VIH consiste à prendre des antirétroviraux pendant 28 jours juste après une exposition potentielle au VIH à risque élevé³². La prévalence annuelle de l'utilisation de la PPE-VIH était de 29 pour 100 000 personnes en 2018 et a augmenté à 41 pour 100 000 personnes en 2022 (tableau 8).

TABLEAU 8

Prévalence annuelle estimée de l'utilisation de la PPE-VIH (par 100 000 personnes), par province, 2018-2022

Province	2018	2019	2020	2021	2022
Manitoba	20	45	43	53	67
Nouveau-Brunswick	14	12	16	13	15
Terre-Neuve	6	9	15	12	12
Nouvelle-Écosse	27	22	35	31	30
Ontario	20	26	29	24	24
Île-du-Prince-Édouard	0	27	2	21	27
Québec	46	55	47	58	63
Saskatchewan	51	74	75	85	94
Prévalence globale de l'utilisation de la PPE-VIH	29	37	32	38	41

En 2022 :

- 62% de la PPE-VIH a été utilisée par des personnes de sexe masculin et 38% par des personnes de sexe féminin.
- L'utilisation de la PPE-VIH était la plus élevée chez les 30-39 ans et les 20-29 ans (88 et 86 pour 100 000 personnes, respectivement)
- 44% des prescriptions de PPE-VIH ont été couvertes par des assurances privées, 41% par des assurances publiques et 15% ont été payées par les personnes elles-mêmes.
- 54% des ordonnances de PPE-VIH ont été émises par des médecins généralistes, 19% par des médecins spécialistes et 27% par d'autres professionnels de santé (médecins dont la spécialité est inconnue, infirmières praticiennes).

Stigmatisation liée au VIH

Les données provenant des enquêtes bio comportementales Tracks auprès des populations clés ont montré que :

- Parmi les UDI (phase 4, 2017-2019) qui étaient au courant de leur séropositivité, 45,3 % ont déclaré avoir évité les services de VIH au cours des 12 derniers mois en raison de la stigmatisation et de la discrimination¹². Une question similaire a été posée lors de l'enquête Tracks menée par des Premières Nations de Saskatchewan et d'Alberta (2018-2020); toutefois, ces résultats n'ont pas été publiés en raison du faible nombre de réponses.
- Parmi les participants canadiens à l'enquête Internet européenne auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (EMIS-2017)¹³: 1,5 % avaient été victimes de violences physiques comme des coups de poing, des coups de pied, ou des agressions; 22,1 % avaient subi des violences verbales, incluant des insultes; et 31,9 % avaient été victimes d'intimidation, y compris être dévisagés ou intimidés – parce que quelqu'un savait ou présumait qu'ils étaient attirés par des hommes.

Les données de l'étude de cohorte OHTN¹⁴ ont montré que :

- 91,5 % des participants ont indiqué avoir subi une forme de stigmatisation.
 - Les préoccupations en lien avec la divulgation étaient les plus couramment signalées (à 83,9 %), suivies des préoccupations concernant l'attitude du public (65,9 %), l'image de soi (43,5 %) et la stigmatisation internalisée (36,8 %).
 - Parmi ceux ayant été stigmatisés, 11 % ont également signalé avoir été discriminés au sein du système de soins de santé.
- Parmi les populations prioritaires sous traitement contre le VIH, la stigmatisation touchait principalement la population africaine, caribéenne et noire (96,5 %), suivis par les femmes (95,6 %) et les GBHARSAH (90,5 %).

L'étude STOP HIV/AIDS Program Évaluation (SHAPE) a analysé le lien entre l'année de diagnostic du VIH d'une personne et les scores de stigmatisation liés au VIH. Les chercheurs n'ont constaté aucune différence dans les expériences de stigmatisation liée au VIH entre les personnes récemment diagnostiquées et celles qui ont été diagnostiquées au début de l'épidémie de sida¹⁵.



L'intervenante de MIELS-QC a accompagné un membre dans une démarche de changement de médecin en raison de la stigmatisation dont il faisait l'objet de la part de ce dernier. La personne est un GBHARSAH séropositif qui a contracté une chlamydia. Son médecin de famille avait une attitude de jugement envers cette personne et ses pratiques sexuelles, au lieu d'être en posture d'accueil, puisqu'elle vivait déjà avec le VIH. L'intervenante du projet a fait des démarches avec la personne afin de procéder à un changement de médecin et l'accompagner vers un professionnel de la santé que nous connaissons, qui est dans l'acceptation de ce type de pratiques et qui a une approche de prévention au lieu de stigmatisante. Cette personne a donc pu obtenir les traitements dont elle avait besoin sans être jugée.

Discussion

Le rapport national sur les estimations du VIH pour l'année 2022 fournit des informations actualisées sur les tendances du VIH au Canada. En 2022, on estime que 1 848 nouvelles infections étaient survenues au Canada et que l'incidence du VIH a augmenté depuis 2014.

À la fin de 2022, environ 65 270 personnes vivaient avec le VIH au Canada. Le traitement du VIH a réduit la mortalité liée au VIH, et de nouvelles infections surviennent à un taux supérieur au nombre de décès, ce qui entraîne une augmentation du nombre total de personnes vivant avec le VIH au Canada. Cette tendance continuera probablement d'augmenter et entraînera une demande accrue en matière de soins et de traitements liés au VIH.

Parmi les 65 270 PVVIH au Canada, environ 89 % avaient été diagnostiquées. Parmi les PPVIH diagnostiquées, 85 % étaient sous traitement et 95 % des personnes traitées avaient une charge virale supprimée. Le Canada stagne dans sa progression vers l'élimination du VIH en tant que problème de santé publique d'ici 2030. Bien que le Canada continue de réussir en ce qui a trait aux personnes ayant une charge virale supprimée une fois sous traitement (troisième 95), il ne réussit pas à atteindre les cibles de diagnostic (premier 95) et de traitement (deuxième 95) pour 2025. Ces informations mettent en évidence le besoin d'une riposte plus forte et plus inclusive en matière de services efficaces de lutte contre le VIH afin de réduire la transmission continue de cette infection.

Les progrès du Canada vers l'atteinte des cibles 95-95-95 stagnent en raison de facteurs interdépendants et complexes, notamment la pandémie de COVID-19 et la réduction subséquente de l'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH³³. L'intersection des défis de santé, comme les complexités socio-économiques, l'emplacement géographique, l'état de santé, la désinformation au sujet du VIH et la stigmatisation liée au VIH, peut entraîner des obstacles à l'accès aux soins du VIH et à l'adhésion au traitement.

Bien que les innovations en matière de prévention, de dépistage et de traitement du VIH aient conduits à des meilleurs résultats de santé individuels et collectifs chez les Canadiens, la stigmatisation et la discrimination dont font l'objet les PVVIH continuent d'être des problèmes omniprésents, qui menacent de miner les efforts d'élimination du VIH. Dans le cadre du plan d'action pancanadien sur les ITSS, le Canada s'est entre-autres fixé pour objectif stratégique de réduire la stigmatisation et la discrimination qui créent des vulnérabilités aux ITSS¹.

Une approche multidisciplinaire et collaborative où les programmes de lutte contre le VIH sont intégrés et liés aux soins est nécessaire afin que les services de prévention et de traitement du VIH soient accessibles à tous les Canadiens qui en ont besoin. L'identification et l'élimination des obstacles afin que les Canadiens aient un accès équitable nécessiteront des changements systématiques au sein du système de santé. Cela nécessitera la collaboration de nombreux partenaires clés, dont les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les gouvernements, les communautés, le milieu universitaire, les chercheurs et les prestataires de soins de santé¹.

Malgré les efforts en cours, le Canada n'a pas connu de diminution du nombre de nouvelles infections à VIH au cours des dernières années, et des travaux supplémentaires seront nécessaires pour atteindre les cibles mondiales 95-95-95. L'Agence continuera de collaborer étroitement avec les provinces et les territoires afin d'améliorer la capacité de mesurer et d'évaluer les progrès vers l'élimination de l'épidémie de VIH⁶. Ces estimations serviront à mesurer les progrès accomplis par le Canada dans l'atteinte des priorités énoncées dans le plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les ITSS, dans le but d'accélérer la prévention, le diagnostic et le traitement afin de réduire les répercussions sur la santé des ITSS d'ici 2030.



Participants au Centre Dr. Peter de Vancouver (Colombie-Britannique)

Annexe 1.

Détails supplémentaires relatifs à la méthode de modélisation du Canada

RÉFÉRENCE

Yan, Ping; Zhang, Fan; et Wand, Handan (2011). « Using HIV Diagnostic Data to Estimate HIV Incidence: Method and Simulation », *Statistical Communications in Infectious Diseases*, vol. 3, no 1, article 6.

La méthode de modélisation statistique qui a été utilisée pour estimer le nombre de nouvelles infections au VIH au Canada est fondée sur une méthode de rétrocalcul qui combine les données de diagnostic sur le VIH et le sida (tirées de la surveillance nationale habituelle du VIH/sida) et les données sur les proportions d'infections récentes parmi les personnes ayant nouvellement reçu un diagnostic de VIH (tirées d'algorithmes spécialisés de dépistage en laboratoire des infections récemment diagnostiquées). Comme les données de surveillance peuvent seulement indiquer la date du diagnostic et non la date de l'infection (qui est antérieure au diagnostic), un modèle est nécessaire pour estimer la tendance temporelle du nombre d'infections au VIH antérieures, jusqu'à aujourd'hui (2022 dans ce cas). À partir de cette tendance quant aux infections au VIH antérieures, le modèle fait une projection et calcule le nombre attendu de diagnostics de VIH (au moyen d'une formule mathématique calculant le temps entre l'infection au VIH et le diagnostic en fonction des données de l'algorithme des infections récentes et des hypothèses du modèle). La méthode de rétrocalcul utilisée pour l'estimation de l'incidence au Canada est semblable aux méthodes utilisées dans l'Union européenne, aux États-Unis et en Australie. Une fois que la tendance de temps liée aux infections au VIH antérieures a été estimée, l'incidence cumulative du VIH est calculée en additionnant les estimations d'incidence pour toutes les années jusqu'à l'année la plus récente et incluant cette dernière (2020 dans ce cas). La prévalence pour l'année la plus récente est alors calculée comme étant l'incidence cumulative moins la mortalité totale estimée chez les personnes infectées par le VIH. Pour cela, la mortalité totale doit être estimée (à partir de données de Statistique Canada, de statistiques sur l'état civil dans les provinces et les territoires, de rapports nationaux sur les décès attribuables au sida, et d'études de recherche canadienne), étant donné que les données statistiques sur l'état civil n'enregistrent que la mortalité chez les personnes qui sont décédées de causes liées au VIH. Veuillez noter que des renseignements supplémentaires ne sont pas discutés ici, comme le fait de tenir compte des personnes n'ayant pas reçu précédemment un diagnostic d'infection au VIH ou des personnes qui ont probablement été infectées dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays, ou encore qui ont déménagé dans une autre province ou un autre territoire.

Annexe 2.

Définition des populations clés

ANNEXE 2

Populations clés utilisées dans les estimations nationales de l'incidence et de la prévalence du VIH

Populations clés	Type d'exposition
Hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (GBHARSAH)	Exposition durant le contact sexuel entre hommes
Personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI)	Exposition pendant l'utilisation de drogues injectables
GBHARSAH-UDI	Exposition pendant les contacts sexuels entre hommes ou l'utilisation de drogues injectables [pour les personnes ayant été soumises aux deux catégories d'exposition]
Personnes hétérosexuelles	Exposition pendant les contacts sexuels hétérosexuels
Autre	Exposition attribuée à une transfusion de sang ou à l'administration de facteurs de coagulation, exposition périnatale ou exposition professionnelle

Dans les rapports précédents, la catégorie hétérosexuelle était séparée en un groupe « région endémique » (les personnes nées dans un pays où le VIH est soi-disant endémique, principalement l'Afrique subsaharienne et les Caraïbes) et un groupe « région non endémique » (nées ailleurs). Cette séparation n'est plus considérée comme appropriée, en raison de l'augmentation du caractère incomplet des données. L'Agence de la santé publique du Canada travaille avec les collectivités, les provinces et les territoires pour trouver des façons de mieux refléter la situation du VIH dans ces collectivités.

Annexe 3.

Tableaux nationaux sur l'incidence et la prévalence du VIH

ANNEXE 3 - INCIDENCE DU VIH

Nombre estimé de nouvelles infections au VIH et les intervalles plausibles associés au Canada en 2022 et 2020, selon la population clé et le sexe.

Mesure	2022					2020				
	GBHARSAH	GBHARSAH-UDI	UDI	Personnes hétérosexuelles	Autre	GBHARSAH	GBHARSAH-UDI	UDI	Personnes hétérosexuelles	Autre
Estimation ponctuelle [n]	709	68	453	618	<5	677	49	357	527	<5
Intervalle* [n]	400-1 060	40-100	250-680	350-930	0-10	470-890	30-70	240-480	360-700	0-10
Pourcentage [%]	38,4	3,7	24,5	33,4	<0,2	42,0	3,0	22,2	32,7	<0,2

Mesure	2022			2020		
	Féminin	Masculin	Total	Féminin	Masculin	Total
Estimation ponctuelle [n]	656	1 192	1 848	553	1 057	1 610
Intervalle* [n]	360-980	660-1 770	1 050-2 740	380-730	730-1 390	1 150-2 080
Pourcentage [%]	35,5	64,5	100,0	34,3	65,7	100,0

* Les intervalles plausibles sont arrondis à la dizaine près.

ANNEXE 3 - PRÉVALENCE DU VIH

Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH et les intervalles plausibles associés au Canada à la fin de 2022 et 2020, selon la population clé et le sexe.

Mesure	2022					2020				
	GBHARSAH	GBHARSAH- UDI	UDI	Personnes hétérosexuelles	Autre	GBHARSAH	GBHARSAH- UDI	UDI	Personnes hétérosexuelles	Autre
Estimation ponctuelle [n]	33 183	1 843	8 573	21 095	576	31 571	1 766	8 235	19 957	581
Intervalle* [n]	29 000- 37 400	1 500- 2 200	7 400- 9 800	18 300- 23 900	450- 700	27 700- 35 500	1 500- 2 100	7 200- 9 300	17 500- 22 500	500- 670
Pourcentage [%]	50,8	2,8	13,1	32,3	0,9	50,8	2,8	13,3	32,1	0,9

Mesure	2022			2020		
	Féminin	Masculin	Total	Féminin	Masculin	Total
Estimation ponctuelle [n]	16 544	48 368	65 270	15 169	46 740	62 110
Intervalle* [n]	14 400-18 800	42 000-54 800	57 000-73 500	12 300-17 500	41 100-53 100	54 700-70 500
Pourcentage [%]	25,3	74,1	100,0	24,4	75,3	100,0

* Les intervalles plausibles sont arrondis à la dizaine près.

Annexe 4.

Progrès réalisés par le Canada vers l'atteinte des cibles d'élimination du VIH

ANNEXE 4

Les progrès réalisés par le Canada vers l'atteinte des cibles d'éliminations du VIH énoncées dans la Stratégie mondiale du secteur de la santé 2022-2030

Indicateur	Cible de 2025	Estimation de 2022
Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH par 1 000 personnes non infectées par an	0,05/1 000 personnes 5/100 000 personnes	0,05/1 000 personnes 5/100 000 personnes
Nombre d'enfants de 0 à 14 ans nouvellement infectés par le VIH par an		Données supplémentaires nécessaires
Nombre de personnes mourant du VIH/causes connexes par an	Cible globale uniquement. Cible inférieure nécessaire.	309
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur séropositivité	95 %	89 %
Pourcentage de personnes qui connaissent leur séropositivité ayant accès à la thérapie antirétrovirale	95 %	85 %
Pourcentage de personnes recevant un traitement présentant une charge virale supprimée	95 %	95 %
Nombre d'aiguilles ou de seringues distribuées par personne qui s'injecte des drogues (dans le cadre d'un programme complet de réduction des méfaits)	200	Données supplémentaires nécessaires
Stigmatisation et discrimination – pourcentage de personnes vivant avec le VIH, qui sont stigmatisées et victimes de discrimination	Moins de 10 %	Données supplémentaires nécessaires
Phase tardive de la maladie – pourcentage de personnes qui commencent un traitement antirétroviral et dont la numération des cellules CD4 chute à moins de 200 cellules/mm ³ (ou stade III ou IV)	20 %	Données supplémentaires nécessaires

Références

- 1 Agence de la santé publique du Canada. Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030: un cadre d'action pancanadien sur les ITSS, 9 juillet 2018.
- 2 ONUSIDA, Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration politique sur le VIH et le sida: Mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030, 8 juin 2021; Point 10 de l'ordre du jour (74^e session plénière).
- 3 Organisation mondiale de la Santé. Stratégies mondiales du secteur de la santé sur, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections transmissibles sexuellement pour la période 2022-2030, 2022.
- 4 ONUSIDA. Comprendre les mesures des progrès réalisés pour atteindre les objectifs 95-95-95 en matière de dépistage, de traitement et de suppression virale du VIH, 2024; disponible à: <https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2024/progress-towards-95-95-95>. Consulté le 28 mai 2024.
- 5 Stover J., R. Glaubius, Y. Teng, S. Kelly, T. Brown, TB Hallett et coll. « Modeling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by 2030 », PLoS Med, 2021, vol. 18, no 10, p. 1-21.
- 6 Agence de la santé publique du Canada. Plan d'action 2024-2030 du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), Agence de santé publique du Canada, février 2024, p. 1-58.
- 7 L-G. Bekker, J. Montaner, C. Ramos, R. Sherer, F. Celletti, B. Cutler et coll. IAPAC guidelines for optimizing the HIV care continuum for adults and adolescents. J Int Assoc Providers AIDS Care 2015; 14 (supplément 1): S3-S34.
- 8 HIV.gov. HIV Care Continuum, 2022; disponible à: <https://www.hiv.gov/federal-response/policies-issues/hiv-aids-care-continuum>. Consulté le 28 mai 2024.
- 9 Yan P., F. Zhang, H. Wand. « Utilisation des données diagnostiques du VIH pour estimer l'incidence du VIH: Méthode et simulation », Statistical Communications in Infectious Disease, 2011, vol. 3, no 1, p. 1-28.
- 10 Canadian Pediatric & Perinatal HIV/AIDS Research Group. Canadian Perinatal HIV Surveillance Program, 2024; disponible à: <https://www.cparg.ca/surveillance-bull-cphsp.html>. Consulté le 10 janvier 2024.
- 11 Agence de la santé publique du Canada. Le VIH au Canada, Rapport de Surveillance en date du 31 décembre 2020, janvier 2023, p. 25-26.
- 12 Tarasuk J., J. Zhang, A. Lemyre, F. Cholette, M. Bryson, D. Paquette. Résultats nationaux de l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019, Rapport sur les maladies transmissibles au Canada, mai 2020, vol. 46, no 5, p. 138-148.

- 13** Brogan N., D. Paquette, N. Lachowsky, M. Blai, I. Brennan, T. Hart et coll. « Expériences et besoins des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes au Canada, résultats de l'enquête de 2017 », Rapport sur les maladies transmissibles au Canada, novembre 2019; vol. 45, no 11, p. 271-282.
- 14** OHTN Cohort Study. HIV Stigma. Ontario HIV Treatment Network 2024.
- 15** Tam C., L. Wang, K. Salters, D. Moore, T. Wesseling, S. Grieve et coll. « Evaluating experiences of HIV-related stigma among people living with HIV diagnosed in different treatment eras in British Columbia, Canada », AIDS Care Psychol Socio-Med Asp AIDS HIV, 2024, vol. 36, no 2, p. 238-247.
- 16** Statistique Canada. Base canadienne de données de l'état civil – Décès, Fichier des causes multiples de décès 2000-2016.
- 17** Sorge J, Colyer S, Cox J, Kroch A, Lachowsky N, Popovic N, Yang, Q. Estimation de la taille de la population d'hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes au Canada, 2020. RMTC novembre/ décembre 2023 1:49(11-12):465-476.
- 18** Statistique Canada. Base canadienne de données de l'état civil – Décès, Guide de l'utilisateur et dictionnaire de données 2020.
- 19** Pelchen-Matthews A., L. Ryom, A.H. Borges, S. Edwards, C. Duvivier, C. Stephan et coll. « Aging and the evolution of comorbidities among HIV-positive individuals in a European cohort », AIDS 2018; vol. 32, no 16, p. 2405-2416.
- 20** First Nations and Inuit Health Branch & Northern Inter-Tribal Health Authority. 2023 Progress report on HIV in Saskatchewan First Nations Communities. Services aux Autochtones Canada. 27 septembre 2023.
- 21** Lydon-Hassen K., L. Jonah, L. Mayotte, A. Hrabowy, B. Graham, B. Missens B. et coll. « Summary findings from Tracks surveys implemented by First Nations in Saskatchewan and Alberta », Canada Communicable Disease Report, 6 avril 2022, vol. 48, no 4, p. 146-156.
- 22** Engage. Les progrès de la recherche sur le VIH sont en train de changer notre compréhension de la transmission, de la prévention et du traitement du VIH. Accessible à l'adresse : <https://www.engage-men.ca/fr/>.
- 23** Moore DM, Z. Cui, S. Skakoon-Sparling, J. Sang, J. Barath, L. Wang et coll. « Characteristics of the HIV cascade of care and unsuppressed viral load among gay, bisexual and other men who have sex with men living with HIV across Canada's three largest cities », J Int AIDS Soc, avril 2021; vol. 24, no 4.
- 24** Lambert G., J. Cox, M. Messier-Peet, H. Apelian, E. Moodie. « Engage Montréal, Portrait de la santé sexuelle des hommes de la région métropolitaine de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes, Cycle 2017-2018, Faits saillants », Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, janvier 2019.
- 25** Hart T. A., S. Skakoon-Sparling, F. Tavangar, A. Parlette, J. Barath, J. Sang et coll. « Engage Toronto : Portrait of the health and wellbeing of gay, bisexual and other men who have sex with men in the Greater Toronto Area. Université Ryerson et Université de Toronto, mars 2021.

- 26** Sang J.M., N.J. Lachowsky, A. Lal A, L. Wang, J. Barath, J. Jollimore et coll. « Momentum II Health Study—Vancouver site of the National Engage Study: Portrait of the health and wellbeing of gay, bisexual and other men who have sex with men in Metro Vancouver », BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, février 2021.
- 27** Ontario HIV Epidemiology and Surveillance initiative. « Un instantané des diagnostics de VIH et de la cascade des soins VIH parmi les personnes africaines, caraïbennes et noires en Ontario », 2022; disponible à l'adresse : <https://www.ohesi.ca/fr/un-instantane-des-diagnostics-de-vih-et-de-la-cascade-des-soins-vih-parmi-les-personnes-africaines-caraibeennes-et-noires-en-ontario/>.
- 28** Organisation panaméricaine de la santé, Organisation mondiale de la Santé. Combination HIV Prevention. Accessible à l'adresse : <https://www.paho.org/en/topics/combination-hiv-prevention>. Consulté le 11 septembre 2024.
- 29** ONUSIDA. « Preuves pour éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH », Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida 2020.
- 30** Heidebrecht L., S. Iyer, S.L. Laframboise, C. Madampage, A. King. « "Every One of Us Is a Strand in That Basket" : Weaving Together Stories of Indigenous Wellness and Resilience from the Perspective of Those with Lived and Living Experience with HIV/Hepatitis C Virus », J Assoc Nurses AIDS Care, 2022, vol. 33, no 2, p. 189-201.
- 31** Agence de la santé publique du Canada. Le VIH au Canada, Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2022, 2024; Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-canada-rapport-surveillance-31-decembre-2022.html>. Consulté le 12 septembre 2024.
- 32** Tan D.H.S., M.W. Hull, D. Yoong, C. Tremblay, P. O'Byrne, R. Thomas et coll. « Canadian guideline on HIV pre-exposure prophylaxis and nonoccupational postexposure prophylaxis », JAMC, 2017, vol. 189, no 47, p. E1448-E1458.
- 33** Agence de la santé publique du Canada. Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits chez les personnes qui consomment des drogues ou de l'alcool au Canada. Gouvernement du Canada. 16 février 2023; code ISBN 978-0-660-46611-8.