

# Le VIH au Canada, Rapport de surveillance

en date du 31 décembre 2021



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

—Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title :  
*HIV in Canada Surveillance Report to December 31, 2021*

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada  
Indice de l'adresse 0900C2  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
Tél. : 613-957-2991  
Sans frais : 1-866-225-0709  
Télec. : 613-941-5366  
ATS : 1-800-465-7735  
E-mail: [hc.publications-publications.sc@canada.ca](mailto:hc.publications-publications.sc@canada.ca)

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

Date de publication : décembre 2023

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

Cat. : HP40-292/2021F-1-PDF  
ISBN : 978-0-660-49698-6  
Pub. : 230265

# 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/sida est grandement appréciée. Ce rapport est possible grâce à l'étroite collaboration et la participation de tous les partenaires de la surveillance du VIH et du sida. L'[Annexe 1](#) contient une liste complète de tous les contributeurs de données.

Nous tenons à reconnaître les contributions inestimables des membres du Groupe de travail d'experts des communautés noires, qui ont examiné de façon critique le langage utilisé dans le présent rapport : Dr. Shamara Baidoobonso, Dr. David Este, Dr. Hughes Loemba, Dr. Geoffrey Maina, Dr. Lawrence Mbuagbaw, Maureen Owino, et Wangari Tharao. Un merci et une reconnaissance spécial à Dr. Winston Husbands, dont la défense continue des communautés noires et les efforts de collaboration ont joué un rôle déterminant dans la création du Groupe de travail d'experts des communautés noires. Nous tenons également à souligner les contributions du Dr Nathan Lachowsky, de Chris Draenos et de Ben Klassen du Centre de recherche communautaire (CBRC), qui ont également examiné ce rapport de façon 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/sida (SSVS) du Centre des maladies transmissibles et du contrôle des infections, Agence de la santé publique du Canada, à l'adresse [hass@phac-aspc.gc.ca](mailto:hass@phac-aspc.gc.ca).

# Table des matières

Remerciements .....	3
Liste des figures du rapport.....	5
Liste des tableaux du rapport.....	6
Liste des tableaux de données.....	7
Liste d'acronymes.....	8
Sommaire exécutif .....	9
Introduction .....	12
Méthodes .....	18
Sources de données.....	18
Analyse des données .....	21
Finalisation de l'ensemble de données sur les premiers diagnostics de VIH.....	22
Les données de surveillance en un coup d'œil.....	24
Premiers diagnostics de VIH .....	24
Tendances générales des diagnostics de VIH .....	24
Distribution géographique .....	25
Répartition par groupe d'âge et par sexe .....	27
Répartition des catégories d'exposition.....	29
Race ou origine ethnique .....	33
Données de surveillance supplémentaires.....	39
Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC) .....	39
Cas de VIH identifiés grâce à l'examen médical aux fins d'immigration.....	40
Cas de sida.....	41
Mortalité liée au VIH .....	42
Discussion.....	44
Conclusion.....	50
Tableaux de données .....	51
Tableaux supplémentaires .....	61
Annexe 1 : Contributeurs de données .....	63
Annexe 2 : Notes techniques.....	65
Annexe 3 : Hiérarchie des catégories d'exposition .....	70
Annexe 4 : Texte de remplacement pour la figure .....	72
Références.....	79

# 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 territoires pour 2021

**Figure 2** : Nombre de premiers diagnostics de VIH et taux de diagnostic global, par sexe et par année, Canada, 2012 à 2021

**Figure 3** : Taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, par province ou territoire, Canada, 2021

**Figure 4** : Taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, par sexe et groupe d'âge, Canada, 2021

**Figure 5** : Taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, par groupe d'âge et par année, Canada, 2012 à 2021

**Figure 6a** : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les hommes adultes ( $\geq 15$  ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2012 à 2021

**Figure 6b** : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les femmes adultes ( $\geq 15$  ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2012 à 2021

**Figure 7** : Proportion de premiers cas de VIH déclarés ( $\geq 15$  ans), par catégorie d'exposition et groupe d'âge, Canada, 2021

**Figure 8a** : Proportions de la race et/ou de l'origine ethnique parmi tous les premiers diagnostics de VIH déclarés **parmi tous les cas déclarés**, Canada, 2021

**Figure 8b** : Proportions de la race et/ou de l'origine ethnique parmi les premiers diagnostics de VIH où **la race et/ou l'origine ethnique est déclarée**, Canada, 2021

**Figure 9** : Nombre de nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale et proportion de mères et de personnes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu un traitement antirétroviral prénatal, par année de naissance, Canada, 2014 à 2021

**Figure 10** : Nombre de migrants dont le test de dépistage du VIH a été positif lors d'un examen médical d'immigration effectué au Canada, 2012 à 2021

**Figure A1** : État des rapports sur les premiers diagnostics et les cas déjà diagnostiqués dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2012 à 2021

**Figure A2** : Tous les cas de VIH déclarés (y compris les premiers diagnostics de VIH et les cas déjà diagnostiqués) par année de diagnostic, Canada, 2012 à 2021

**Figure A3** : État de la déclaration des diagnostics de sida dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2012 à 2021

# Liste des tableaux du rapport

**Tableau 1** : Nombre et proportion de premiers diagnostics de VIH ( $\geq 15$  ans), par sexe et catégorie d'exposition, Canada, 2021

**Tableau 2** : Proportion d'exhaustivité de renseignements sur la race et/ou l'origine ethnique dans l'ensemble national de données du SSVS, Canada, 2012-2021

**Tableau 3** : Nombre et répartition en pourcentage des premiers cas de VIH, par sexe et par race ou origine ethnique, Canada, 2021

**Tableau 4** : Nombre de cas de sida (tous les âges), par sexe et année de diagnostic, dans les provinces et territoires canadiens déclarants, 2012 à 2021

**Tableau 5** : Nombre de décès attribués à l'infection par le VIH, selon l'âge au décès et le sexe, Canada, 2013 à 2021

**Tableau 6** : Nombre de décès attribués à l'infection par le VIH ( $\geq 15$  ans), par sexe, Canada, 2013 à 2021

**Tableau 7** : Nombre de décès attribués à l'infection par le VIH par groupe d'âge, Canada, 2013 à 2021

# Liste des tableaux de données

**Tableau de données 1** : Nombre de premiers diagnostics de VIH et taux de diagnostic global, par sexe et par année, Canada, 2012 à 2021

**Tableau de données 2** : Nombre et taux de premiers diagnostics de VIH (pour 100 000 habitants), par province ou territoire, Canada, 2021

**Tableau de données 3** : Nombre et taux de premiers diagnostics de VIH (pour 100 000 habitants), par sexe et groupe d'âge, Canada, 2021

**Tableau de données 4** : Nombre et taux de premiers diagnostics de VIH (pour 100 000 habitants) par groupe d'âge et par année, Canada, 2012 à 2021

**Tableau de données 5a** : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes ( $\geq 15$  ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2012 à 2021

**Tableau de données 5b** : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les hommes adultes ( $\geq 15$  ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2012 à 2021

**Tableau de données 5c** : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les femmes adultes ( $\geq 15$  ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2012 à 2021

**Tableau de données 6** : Proportion de premiers cas de VIH déclarés ( $\geq 15$  ans), par catégorie d'exposition et groupe d'âge, Canada, 2021

**Tableau de données 7** : 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 2021

**Tableau de données 8** : Nombre et répartition en pourcentage des candidats à l'immigration au Canada ayant reçu un diagnostic de VIH à la suite d'un examen médical d'immigration (EMI), selon l'année et le lieu du test, 2012 à 2021

**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 aux fins d'immigration (EMI), selon le lieu du test, le sexe, le groupe d'âge et la province, 2012 à 2021

**Tableau de données 10** : Statistiques internationales des cas de VIH déclarés par pays, 2021

# Liste d'acronymes

<b>ASPC</b>	Agence de la santé publique du Canada (PHAC)
<b>BCDECD</b>	Base canadienne de données de l'état civil – Décès (CVSD)
<b>CIM</b>	Classification internationale des maladies (ICD)
<b>COVID-19</b>	Maladie SARS-CoV2/Coronavirus 2019
<b>DAE</b>	Diagnostic antérieur à l'étranger (OOC)
<b>DAP</b>	Diagnostic antérieur hors province (OOP)
<b>EMI</b>	Examen médical d'immigration (IME)
<b>gbHARSAH</b>	Gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
<b>IRCC</b>	Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC)
<b>ITS</b>	Infection transmissibles sexuellement (STI)
<b>ITSS</b>	Infections transmissibles sexuellement et par le sang (STBBI)
<b>PCD</b>	Personnes qui consomment des drogues
<b>PrPE</b>	Prophylaxie préexposition (PrEP)
<b>PSPVC</b>	Programme de surveillance périnatal du VIH au Canada (CPHSP)
<b>PT</b>	Province ou territoire (PT)
<b>PUDI</b>	Personnes qui utilisent les drogues par injection (PWID)
<b>PVVIH</b>	Personnes vivant avec le VIH (PLHIV)
<b>SC</b>	Statistique Canada (SC)
<b>sida</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise (AIDS)
<b>SMGC</b>	Système mondial de gestion des cas (GCMS)
<b>SSVS</b>	Système de surveillance du VIH/sida (HASS)
<b>TAR</b>	Thérapie antirétrovirale (ART)
<b>UDI</b>	Utilisation de drogues injectables (IDU)
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine (HIV)



# Sommaire exécutif

*Le VIH au Canada, Rapport de Surveillance en date du 31 décembre 2021*, publié par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), présente et décrit les tendances épidémiologiques nationales sur les diagnostics du virus d'immunodéficience humain (VIH) au Canada par région géographique, âge au moment du diagnostic, sexe, race ou origine ethnique et catégorie d'exposition entre 2012 et 2021. Ce rapport de surveillance est le premier rapport national de surveillance national du VIH à présenter des informations spécifiquement sur les premiers diagnostics dans les treize provinces et territoires, fournissant des données probantes plus solides pour la planification, l'évaluation et la mise en œuvre des programmes de prévention et de soins du VIH.

La pandémie de COVID-19 (Maladie SARS-CoV2/Coronavirus 2019) pourrait avoir eu des répercussions, connues et inconnues, sur l'accès aux services de dépistage et de soins du VIH ainsi que sur les activités de surveillance au Canada. Pour cette raison, les données pour 2020 et 2021 doivent être interprétées avec prudence. L'impact réel et les effets durables de la pandémie de COVID-19 sur la transmission du VIH au Canada pourraient devenir plus clairs avec la poursuite de la collecte et de l'analyse des données de surveillance du VIH dans les années à venir. Comme les données de surveillance sont affinées au fil du temps par les PT, puisque les données sont périodiquement revues et mises à jour, les PT peuvent également communiquer des données de surveillance pour les années antérieures avec l'ensemble de données de l'année en cours. Les données historiques présentées dans ce rapport ne correspondent donc pas exactement aux données historiques présentées dans les rapports nationaux précédents.

## Les principales constatations comprennent :

- En 2021, 1 466 cas de VIH nouvellement diagnostiqués (c'est-à-dire diagnostiqués pour la première fois) ont été déclarés au Canada. Il s'agit d'une augmentation de 10,9 % par rapport à 2020 (1 322 cas déclarés). Cette augmentation peut être due, en partie, au renouvellement de l'accès aux services de dépistage du VIH aux stades ultérieurs de la pandémie de COVID-19.
- Le taux national de cas de VIH nouvellement diagnostiqués était de 3,8 pour 100 000 habitants en 2021, soit une augmentation par rapport à 3,5 pour 100 000 habitants en 2020. Malgré légère augmentation, le taux en 2021 est demeuré en deçà des niveaux antérieurs à la pandémie de COVID-19.
- Les tendances globales des cinq dernières années montrent que le nombre de premiers diagnostics de VIH au Canada était relativement stable jusqu'en 2020, avec un pic de 1 850 cas en 2016 (taux de 5,2 pour 100 000 habitants), qui a diminué à 1 322 cas en 2020 (taux de 3,5 pour 100 000 habitants), suivi d'une légère augmentation en 2021.

- Le taux de diagnostic du VIH était de 5,5 pour 100 000 habitants chez les hommes et de 2,1 pour 100 000 habitants chez les femmes en 2021, montrant une légère augmentation par rapport aux taux rapportés en 2020 (qui étaient respectivement de 5,0 et 2,0 diagnostics du VIH pour 100 000 habitants).
- Les tendances récentes du taux de diagnostic du VIH chez les hommes montrent une baisse continue des taux après avoir atteint un pic de 8,4 pour 100 000 hommes en 2013. Chez les femmes, la tendance montre une augmentation subtile, atteignant un pic de 2,7 pour 100 000 en 2019. La même baisse en 2020, puis la légère augmentation en 2021, qui s'est produite dans l'ensemble, ont également eu lieu chez les hommes et les femmes. Pour les deux groupes, les taux de 2021 sont demeurés inférieurs aux niveaux d'avant la pandémie de COVID-19.
- Lorsqu'il est ventilé en groupes d'âge de dix ans, le taux de diagnostic du VIH dans le groupe des 30 à 39 ans reste le plus élevé de tous les groupes d'âge, avec 8,6 pour 100 000 habitants en 2021.
- Dans tous les groupes d'âge, les taux de diagnostic du VIH étaient au moins deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes, sauf chez les enfants de moins de 15 ans et de 15 à 19 ans, où le taux de diagnostic du VIH était plus élevé chez les femmes.
- Le taux de diagnostic du VIH le plus élevé parmi les provinces et les territoires a été enregistré en Saskatchewan, avec 20,3 pour 100 000 habitants. Le taux de diagnostic le plus faible a été enregistré dans la région de l'Atlantique, avec 1,5 pour 100 000 habitants.
- Selon la catégorie d'exposition déclarée, les contacts sexuels entre hommes continuent de représenter la plus grande proportion de diagnostics chez les hommes, soit 54,2 % des diagnostics en 2021. Les contacts hétérosexuels continuent de représenter la plus grande proportion de diagnostics chez les femmes, soit 60,4 % des diagnostics. L'utilisation de drogues injectables demeure également un facteur important parmi tous les cas de premiers diagnostics, représentant 21,9 % de tous les premiers diagnostics en 2021.
- Les données fondées sur la race constituent un élément clé de la reconnaissance et de la compréhension des disparités dans l'accès aux soins liés au VIH découlant d'un passé de colonialisme et d'iniquités systémiques et structurelles au Canada. Toutefois, la déclaration des données sur la race ou l'origine ethnique varie considérablement d'une juridiction à l'autre. Dans l'ensemble, les données sur la race ou l'origine ethnique n'ont été déclarées que pour 45,3 % des premiers diagnostics en 2021. Aucune donnée sur la race et/ou l'origine ethnique n'a été rapportée pour les provinces suivantes : Colombie-Britannique, Manitoba et Québec.
- Parmi les 664 cas pour lesquels la race ou l'origine ethnique ont été déclarées, 38,2 % des cas ont été déclarés comme étant des personnes blanches, 23,9 % comme étant des personnes autochtones (Premières Nations, Inuits, Métis ou Autochtones non déclarés ailleurs), et 15,4 %, des personnes noires. Il est peu probable que ces proportions soient vraiment représentatives de tous les premiers diagnostics et doivent être interprétées avec prudence, car les données sur la race ou l'origine ethnique ne sont pas manquantes au hasard.

- En collaboration avec les membres des communautés, le Système de surveillance du VIH/sida (SSVS) a mis sur pied un Groupe de travail d'experts des communautés noires pour donner des conseils et élaborer conjointement des stratégies visant à améliorer l'exhaustivité, l'interprétation et la contextualisation des données sur la race ou l'origine ethnique. Le SSVS cherche à établir des engagements similaires avec des représentants et/ou organismes Premières Nations, Métis, et Inuits.
- Le nombre total de personnes migrantes (immigrants, réfugiés et résidents temporaires), qui ont été déclarés positifs au VIH lors d'un examen médical d'immigration (EMI), était de 865 en 2021 (au Canada ou à l'étranger). Il s'agit d'une augmentation de 16,4 % par rapport aux 743 migrants qui ont été déclarés positifs en 2020, mais d'une diminution par rapport aux 1 188 migrants qui ont été déclarés positifs lors d'une EMI en 2019. Il est probable que ces tendances soient dues à l'impact continu de la pandémie de COVID-19 sur les schémas d'immigration en 2021. L'augmentation des volumes d'immigration est probablement l'un des principaux facteurs qui contribue à l'augmentation du nombre de migrants testés positifs au VIH en 2021 par rapport à 2020, comme Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) indique que la proportion d'EMI ayant reçu un diagnostic de VIH était plus faible en 2021 qu'en 2019 et 2020 pour les EMI effectuées au Canada.
- Parmi les 210 nourrissons déclarés exposés par voie périnatale au VIH en 2021, 98,1 % étaient nés de personnes ayant reçu un traitement antirétroviral (TAR). Il a été confirmé que deux nourrissons avaient contracté le VIH en période périnatale infectés par le VIH, tous deux nés de personnes enceintes qui n'ont reçu aucun TAR.
- En 2021, 64 cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ont été déclarés, soit une baisse continue depuis 2012. Toutefois, les résultats doivent être interprétés avec prudence, car les données sur le sida n'ont été présentées que par quatre provinces en 2021 (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Ontario et Saskatchewan) et, lorsque ces données étaient disponibles, les cas sont probablement sous-déclarés.
- En 2021, 133 décès ont été attribués au VIH. Cela représente une diminution par rapport aux 136 décès attribués au VIH en 2020, mais ces décès sont probablement encore sous-déclarés.

# Introduction

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) demeure un problème de santé publique qui touche de nombreuses personnes à l'échelle mondiale. En 2021, on estimait à 1,5 million le nombre de nouvelles infections et à environ 38,4 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde.<sup>1</sup> En raison des progrès réalisés dans le dépistage (p. ex., la disponibilité de l'autodépistage), à l'échelle mondiale, 86 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique en 2022.<sup>1</sup> De plus, la prévention (comme la prophylaxie pré-exposition ou la PrEP) et le traitement du VIH se sont améliorés. Malgré ces progrès, il reste de nombreux obstacles à l'accès au dépistage, à la prévention et au traitement du VIH, notamment la stigmatisation, la perception d'un faible probabilité de contracter le VIH et une connaissance limitée du VIH, du dépistage du VIH et des services de prévention.<sup>2</sup> En plus de ces obstacles, il existe des obstacles spécifiques tels que la stigmatisation sociale liée au VIH, le racisme, le colonialisme, la criminalisation et/ou l'incarcération, l'homophobie et la transphobie, qui affectent les populations touchées de manière disproportionnée par le VIH, y compris les personnes bispituelles, les hommes gais et bisexuels, les personnes trans, queer, en questionnement et non binaires, les personnes qui s'utilisent des drogues par injection (PUDI) et les communautés africaines, caribéennes et noires et les communautés autochtones.<sup>2</sup>

L'épidémie de VIH a considérablement évolué au fil du temps en raison de la thérapie antirétrovirale (TAR), qui fait du VIH une maladie chronique gérable, avec une mortalité réduite au fil du temps pour ceux avec accès et une diminution de la transmission au fil du temps grâce à des interventions, comme les services de réduction des méfaits, la TAR et la prophylaxie préexposition (PrPE).<sup>3</sup> En fait, les personnes vivant avec le VIH qui ont une charge virale indétectable ne peuvent pas transmettre le virus à leurs partenaires sexuels, et l'ASPC appuie la campagne I=I.<sup>4</sup> Les communautés gaies, bisexuelles et autres hommes ayant des relations sexuels avec des hommes (gbHARSAH) continuent de constituer la plupart des nouveaux diagnostics (43,7 %) en 2020 et, la même année, une augmentation a été observée dans la proportion de diagnostics chez les personnes qui utilisent des drogues par injection comparativement aux années précédentes.<sup>5</sup> Depuis 2018, la proportion de nouveaux cas d'infection et de nouveaux diagnostics chez les femmes, les populations autochtones et les personnes qui utilisent des drogues par injection a augmenté à l'échelle nationale.<sup>5,6</sup> Toutefois, une diminution des diagnostics a été observée dans toutes les populations en 2020 en partie en raison de la pandémie de SRAS-CoV-2 (COVID-19).<sup>5</sup> La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions sur les services d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), y compris sur le dépistage du VIH, avec 43,9 % des fournisseurs de services de dépistage du VIH indiquant une diminution de leur capacité à fournir ces services à un moment donné au cours de cette période.<sup>7</sup> Comme les efforts de santé publique ont été concentrés sur la pandémie de COVID-19, ce qui a eu un impact sur les pratiques locales de surveillance de la santé publique, il y a eu probablement d'autres défis dans la collecte de renseignements sur la surveillance.

La surveillance de la santé publique est la collecte, la compilation, l'analyse, l'interprétation et la diffusion continues et systématiques de données de santé publique dans les efforts visant à prévenir ou à contrôler la maladie ou les blessures.<sup>8</sup> La surveillance de la santé publique est utile pour évaluer l'état de santé des populations, déterminer les tendances, concevoir, planifier et surveiller l'impact des programmes et des politiques et fournir des renseignements pour la recherche.<sup>8</sup> Nous reconnaissons que le terme « surveillance » est également utilisée

par l'application de la loi, la sécurité privée et d'autres parties à des fins différentes. Par conséquent, le terme peut soulever un malaise ou avoir une signification négative pour certaines personnes et communautés.<sup>9, 10</sup> Le système national de surveillance du VIH ne recueille que le nombre minimum de données nécessaires pour comprendre les tendances dans les diagnostics de VIH, ce qui ne comprend pas les données d'identification personnelle. Seules les administrations provinciales ou territoriales de santé publique ont accès aux renseignements personnels permettant de vous identifier (p. ex., nom ou numéro de carte d'assurance-maladie personnelle) aux fins de la prestation de services de santé essentiels et elles retirent ces renseignements avant d'envoyer les données aux systèmes nationaux.

Le gouvernement du Canada a reconnu l'importance de la surveillance de routine dans la réduction du fardeau des ITSS grâce à la publication du document « [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](#) » en 2018.<sup>11</sup> Ce cadre a comme l'un des principes directeurs des politiques et des programmes fondés sur des données probantes, mettant l'accent sur l'utilisation de données de surveillance pour guider l'élaboration d'interventions et de programmes.<sup>12</sup> En outre, l'importance de la surveillance a également été réitérée dans le « [Plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang](#) » connexe en 2019.<sup>4</sup> Les principaux piliers du plan d'action comprennent mesurer l'impact, assurer le suivi et rendre compte des tendances et des résultats ainsi que mettre à profit les connaissances actuelles et orienter la recherche future.<sup>4</sup> Par conséquent, la surveillance systématique du VIH présente les tendances en matière de diagnostic du VIH pour aider à surveiller les progrès du Canada dans l'atteinte de ses objectifs dans le cadre des ITSS et le plan d'action connexe.

De plus, le Canada s'engage envers l'atteinte des cibles internationales d'élimination de la transmission du VIH, et travaille vers celle-ci. L'ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA) a élaboré [des objectifs intermédiaires pour 2025](#) en tant que mise à jour par rapport aux objectifs 90-90-90 pour 2020).<sup>13</sup> Les cibles visent à réduire le fardeau du VIH à l'échelle mondiale, par la réduction de la criminalisation, de la stigmatisation, de la discrimination, de l'inégalité entre les genres et de la violence; l'augmentation du traitement et des soins pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), en reliant les personnes vivant avec le VIH à des soins et à des services axés sur la personne et propre au contexte.<sup>13</sup> L'Assemblée générale des Nations Unies a fixé des cibles mondiales pour mettre fin au VIH en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030, réduisant l'incidence du VIH de 90 %.<sup>14</sup>

Trois équipes différentes de l'ASPC produisent des rapports décrivant les différents 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 Système national de surveillance du VIH/sida (SSVS)**
  - 2. La Section des estimations et de la surveillance sur le terrain**
  - 3. La Section de la surveillance accrue du VIH et de l'hépatite C, appelée familièrement « Tracks »**
- 

## **Système national de surveillance du VIH/sida (SSVS)**

Le SSVS est responsable de la surveillance systématique des cas de VIH et produit des produits 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 certaines 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). Le SSVS produit des produits d'information, qui décrivent les tendances des nouveaux diagnostics de VIH dans l'ensemble, mais il est limité dans sa capacité de mettre en évidence les tendances des nouveaux diagnostics parmi les populations clés qui sont touchées de façon disproportionnée.

## Section des estimations et de la surveillance sur le terrain

La surveillance systématique du VIH (c.-à-d. SSVS) est utilisée pour 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. Toutefois, elle ne saisit pas le nombre de personnes vivant avec le VIH et n'ayant pas encore été testées (c.-à-d. qu'elles ne se rendent même pas compte qu'elles ont le VIH). De plus, elle ne tient pas compte du nombre total de personnes vivant avec le VIH et recevant des soins et des traitements contre le VIH au Canada. Au lieu de cela, ces renseignements sont estimés à l'aide de modèles et de méthodes statistiques, avec des données provenant de diverses sources. L'Agence de la santé publique du Canada (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. De plus, dans le cadre de l'objectif visant à accroître l'accès à la prévention combinée du VIH, l'Agence de la santé publique du Canada surveille également les tendances de l'utilisation de la prophylaxie préexposition (PrPE) au Canada et en fait rapport. Les estimations nationales du VIH permettent de comprendre les changements temporels dans les modes de transmission du VIH, 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 et touchées par le VIH, et permettent aux organismes de santé publique de déterminer les lacunes dans les soins et de déterminer 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

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 systématiquement des enquêtes biocomportementales transversales auprès des [PUDI](#)<sup>15</sup>; les [Premières Nations](#)<sup>16</sup>, les Inuits et les Métis; gbHARSAH; et les personnes issues des communautés africaines, caribéennes et noires.<sup>17</sup> Les enquêtes biocomportementales sont un outil essentiel pour mesurer et traiter l'épidémie de VIH, en particulier parmi les populations clés qui sont souvent mal desservies, marginalisées et



qui ont une probabilité accrue de contracter le VIH.<sup>18</sup> 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), la consommation des substances et les comportements liés à l'injection, les comportements sexuels, 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 l'enquête biocomportementales. Les résultats de l'enquête fournissent les éléments de preuve nécessaires pour évaluer les progrès vers l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux concernant les ITSS<sup>4</sup> et sont une source d'information riche qui a été utilisée aux échelons local, provincial, territorial et fédéral pour éclairer des politiques, des plans, et des interventions en santé publique pour les populations clés (p. ex., le plan d'action fédéral sur les ITSS).

## Examen et renouvellement du Système national de surveillance du VIH/sida

Le Système national de surveillance du VIH/sida (SSVS) est actuellement en cours d'examen et de renouvellement dans le but ultime de mieux répondre aux besoins en données probantes. La phase d'examen a consisté en une évaluation technique interne, un examen des données probantes, la collaboration avec les fournisseurs de données des provinces et des territoires (PT) et la consultation communautaire. Les principes énoncés dans le Cadre d'action pancanadien sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) : l'équité de la santé, les droits de la personne, la participation significative des personnes vivant avec le VIH et des populations clés et les politiques et programmes fondés sur des données probantes appuient le processus d'examen et de renouvellement du SSVS.<sup>11</sup> En contribuant à élaborer des renseignements de meilleure qualité afin d'éclairer les politiques et les programmes et en collaborant de façon importante avec les partenaires et les intervenants, le processus d'examen et de renouvellement peut aider à atteindre les objectifs stratégiques énoncés dans le Plan d'action quinquennal sur les ITSS du gouvernement du Canada<sup>4</sup> : réduire l'incidence des ITSS au Canada, améliorer l'accès aux tests de dépistage, au traitement et aux soins de santé et au soutien continu et réduire la stigmatisation et la discrimination, qui créent une vulnérabilité chez les personnes touchées par les ITSS.

À la suite du plaidoyer communautaire et grâce à un effort de collaboration avec les membres de la communauté, le SSVS a co-créé un Groupe de travail d'experts des communautés noires (GTEN), composé de personnes ayant une expertise dans les soins, la recherche et la défense du VIH. Ce groupe de travail a été créé pour appuyer le rôle crucial de la collaboration des membres de la communauté noire dans l'amélioration des systèmes (de collecte et de gestion des données de diagnostic) du VIH qui seraient plus favorables au bien-être des communautés noires. Le GTEN fournira des conseils et une orientation au SSVS et à ses partenaires de surveillance, contribuant ainsi à nos efforts collectifs visant à améliorer la qualité et l'exhaustivité des données sur la race et l'origine ethnique et contribuant à faire en sorte que ces renseignements soient interprétés et présentés dans des rapports de manière utile et appropriée. Le GTEN a examiné de façon critique les sections du présent rapport,



qui présentent des renseignements sur la race et l'origine ethnique, afin de s'assurer que la langage et le cadre soient appropriés et utiles. Le SSVS étudie actuellement la possibilité d'établir des engagements semblables avec d'autres populations touchées de façon disproportionnée, y compris avec des représentants et/ou organismes Premières Nations, Métis, et Inuits.

## 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 maintenant des données spécifiquement sur les premiers diagnostics de VIH plutôt que sur tous les résultats de tests positifs de cette année-là.<sup>5</sup> 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 par année et surestimait la prévalence.<sup>19</sup> 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 de la transmission nationale du VIH, ce qui nous permet de mieux informer les activités de prévention.

Il s'agit de la nature des données de surveillance, qui doivent être mises à jour continuellement dans le temps dans toutes les juridictions (fédérales, provinciales et locales) et à ce titre, le présent 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 2021.

Les objectifs de ce rapport de surveillance sont de décrire l'épidémiologie des premiers diagnostics de VIH au Canada en 2021, par région géographique, âge au diagnostic, sexe, race ou origine ethnique et catégorie d'exposition, ainsi que de décrire les tendances entre 2012 et 2021. En outre, des renseignements actualisés sur les résultats du dépistage médical de l'immigration pour le VIH, des données sur les personnes enceintes avec des nourrissons exposés périnatalement au VIH, ainsi que le nombre de diagnostics du sida et la mortalité liée au VIH. Alors que le terme VIH se réfère à l'infection virale elle-même, le terme sida se réfère au stade le plus avancé de la maladie causée par le VIH.

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

- La première section porte sur les diagnostics de VIH au Canada en 2021, par région géographique, âge au moment du diagnostic, sexe, race ou origine ethnique et catégorie d'exposition, en plus de présenter des analyses sélectionnées de 2012 à 2021.
- La deuxième section porte sur les données du Programme canadien de surveillance périnatale du VIH (2014 à 2021), sur le dépistage médical du VIH aux fins de l'immigration (2012 à 2021), sur la surveillance des cas de sida (2012 à 2021) et sur la mortalité liée au VIH (2013 à 2021).

# Méthodes

## Sources de données

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

- Le système national de surveillance du VIH/sida (SSVS), géré par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC);
- Le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada, géré par le Groupe canadien de recherche pédiatrique et périnatale sur le VIH/sida;
- Le dépistage médical du VIH 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.

## Système national de surveillance du VIH/sida (SSVS)

Le système national de surveillance du VIH/sida (SSVS) est un système de surveillance passif, basé sur des cas, qui compile des renseignements non identifiables sur les personnes chez qui une infection par le VIH a été nouvellement diagnostiquée et qui atteignent le seuil de la définition nationale de cas ([Définition nationale de cas de VIH de l'ASPC](#) / [Définition nationale de cas de sida](#)).<sup>20</sup> La collecte de données sur le diagnostic de VIH, au moyen de déclarations de la santé publique et de laboratoire, relève de chaque province ou territoire (PT), qui présente volontairement à l'ASPC un sous-ensemble des données anonymisées recueillies sur chaque nouveau diagnostic, sur une base annuelle, au moyen du formulaire national de déclaration de cas<sup>21</sup> ou une transmission électronique sécurisée des ensembles de données. La Directive concernant la collecte, l'utilisation et la diffusion des informations relatives à la santé publique (ASPC, 2013, document non publié) décrit les pratiques suivies par l'ASPC dans le stockage des données brutes, y compris les formulaires de déclaration de cas et les ensembles de données électroniques.

Dès 2020, l'ASPC demande la soumission de données sur les premiers diagnostics de VIH. Les données de premiers diagnostics sont soumises soit sous forme d'ensemble de données comprenant uniquement les premiers diagnostics pour cette juridiction, soit sous forme d'ensemble de données de tous les cas incluant une variable indiquant si le cas a déjà été diagnostiqué (soit hors province/territoire, soit diagnostic antérieur à l'étranger). Les provinces et les territoires excluent systématiquement les cas déterminés de « doublons », c.-à-d. ceux qui ont déjà été diagnostiqués dans leur PT, de leur soumission annuelle de données à l'ASPC. De plus amples détails sur les soumissions de données pour 2021 par les autorités de santé publique des PT se trouvent à [l'annexe 2](#).

Ce rapport de surveillance présente des renseignements sur les cas de VIH diagnostiqués au plus tard le 31 décembre 2021, y compris 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 dans ce rapport sous la forme de « catégories d'exposition »). Les données ont été soumises à l'ASPC par tous les programmes de surveillance provinciaux et territoriaux, sauf un, par le 10 novembre 2022 et le dernier en septembre 2023. Les données ont été validées à leur réception et le processus a été achevé en septembre 2023. Des différences observées entre les données publiées dans ce rapport et les données publiées dans les rapports de surveillance provinciaux et territoriaux sont possibles. Ces différences peuvent être dues à des mises à jour des données de surveillance provinciales ou territoriales qui surviennent après la présentation des données à l'ASPC. Lorsque de telles différences sont constatées, il est recommandé d'utiliser les rapports provinciaux et territoriaux comme première source de renseignements. Les provinces suivantes ont présenté de nouveau des données historiques mises à jour, en plus des données de 2021 : Ontario (depuis 1985) et Québec (depuis 2012). Comme les données de surveillance sont affinées au fil du temps par les PT, puisque les données sont périodiquement revues et mises à jour, les PT peuvent également communiquer des données de surveillance pour les années antérieures avec l'ensemble de données de l'année en cours. Les données historiques présentées dans ce rapport ne correspondent donc pas exactement aux données historiques présentées dans les rapports nationaux précédents.

## Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada

Le Groupe canadien de recherche pédiatrique et périnatale sur le VIH/sida (CPARG) recueille des données à l'échelle nationale sur la séropositivité des nourrissons nés de mères et d'autres personnes enceintes vivant avec le VIH dans le cadre du Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC). Le Programme est soutenu par l'ASPC et le Réseau canadien pour les essais VIH des Instituts de recherche en santé du Canada. Deux groupes d'enfants sont au cœur de ce système de surveillance active et sentinelle : 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, qui sont 22 centres de VIH pédiatriques et pour adultes ou unités de santé publique de toutes les provinces et de tous les territoires canadiens, qu'ils soient nés au Canada ou à l'étranger.<sup>22</sup> Une enquête nationale, non nominative et confidentielle sur les nourrissons connus des pédiatres participants dans 22 sites sert à recueillir des renseignements sur les nourrissons et sur la personne qui leur ont donné naissance. Les sites du PSPVC couvrent environ 95 % des nourrissons nés au Canada qui ont été exposés au VIH.

Lors de l'aiguillage vers des soins obstétriques ou pédiatriques, les données sur les nourrissons et les personnes qui leur ont donné naissance ont été captées et saisies par les sites participants. Ces renseignements comprennent : le pays de naissance de la personne enceinte, la race ou l'origine ethnique autodéclarée de la personne enceinte, la catégorie d'exposition au risque de contracter le VIH de la personne enceinte, le régime antirétroviral et la durée de la thérapie administrée, le mode d'accouchement, l'âge gestationnel et le poids à la naissance. Des tests virologiques de dépistage du VIH par 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 servent à déclarer la séropositivité du nourrisson. Le statut sérologique des nourrissons est déclaré comme « confirmé vivant avec le VIH », « confirmé ne vivant pas avec le VIH » ou « statut VIH non confirmé », et est mis à jour chaque année.

Les données de surveillance du PSPVC pour 2021, y compris les mises à jour des données des années précédentes, ont été soumises à l'ASPC en mars 2022.

## Examen médical aux fins d'immigration

Les renseignements sur les examens médicaux aux fins d'immigration (EMI) pour tous les migrants qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH pendant le processus d'examen médical d'immigration, au Canada ou à l'étranger, sont inclus dans le Système mondial de gestion des cas (SMGC) maintenu par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC). Le SMGC est le système Web intégré et mondial d'IRCC utilisé pour traiter les demandes de résidence permanente et temporaire au Canada des ressortissants étrangers et comprend des renseignements sur l'EMI d'une personne. Les personnes suivantes doivent subir un EMI administré par des médecins tiers au nom de l'IRCC, au Canada ou à l'étranger : tous les étrangers qui demandent la résidence permanente et certains, qui demandent la résidence temporaire au Canada. En 2002, IRCC a ajouté le dépistage systématique obligatoire du VIH à l'EMI pour tous les demandeurs de 15 ans et plus, ainsi que pour les demandeurs de moins de 15 ans qui ont certains facteurs de risque.<sup>23</sup> Les renseignements recueillis comprennent des données sur les personnes qui ont obtenu un résultat positif au Canada en 2021 et celles qui ont obtenu un résultat positif à l'extérieur du Canada et qui sont arrivées au Canada en 2021.

En juillet 2022, IRCC a fourni des données agrégées à l'ASPC. Les données présentées par IRCC comprennent des données non nominatives sur les personnes qui ont testé séropositives au VIH pendant un EMI et comprennent les renseignements suivants : le pays de naissance, le sexe, le groupe d'âge, la province ou le territoire où l'EMI a été effectué (s'il y a lieu au Canada), l'année de l'examen (pour les personnes examinées au Canada) ou l'année où le demandeur est arrivé au Canada (pour les personnes examinées à l'extérieur du Canada). Les immigrants (résidents permanents des catégories économique et familiale), les réfugiés (réfugiés réinstallés, personnes protégées et demandeurs d'asile), et les résidents temporaires (visiteurs, étudiants internationaux, travailleurs étrangers temporaires et titulaires de permis de séjour temporaire) sont classifiés au sens large comme « migrants ».

IRCC communique régulièrement, avec les provinces et les territoires visés, les données nominales provenant du Canada et de l'étranger de ces résultats de ces tests lorsque le VIH a été détectée, et qu'une adresse résidentielle canadienne valide, qui indique la province ou territoire de résidence. Cette mesure favorise la continuité des soins pour les personnes vivant avec le VIH. Les données reçues par les PT de l'IRCC ont historiquement été comptabilisées comme de nouveaux diagnostics ou exclues du décompte des nouveaux diagnostics lorsqu'elles ont été déclarées à l'ASPC (par les PT), la procédure spécifique variant selon les PT. Les efforts visant à améliorer la différenciation de ces cas se sont poursuivis dans la soumission de données de 2021.

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

Au Canada, tous les décès, quelle qu'en soit la cause, doivent être enregistrés auprès des registraires de l'état civil des provinces et territoires.<sup>24</sup> Les registres des statistiques de l'état civil des provinces et territoires transmettent des données sur tous les décès survenus chaque année à Statistique Canada, qui est responsable de la Base canadienne de données sur l'état civil – Décès (BCDECD), un registre cumulatif des statistiques sur les décès compilées par la soumission de données provenant des formulaires d'enregistrement des décès recueillis par le registre central dans chaque province et territoire. La cause du décès est classée selon les codes de la classification internationale des maladies (CIM). La 9<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) a été utilisée pour classer les décès survenant entre 1979 et 1999, les codes 042 à 044 indiquant les décès attribués à l'infection par le VIH. Les décès attribués à l'infection par le VIH survenant à partir de 2000 sont classés selon les codes B20 à 24 selon la 10<sup>e</sup> 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 »<sup>25</sup> provenant de la BCDECD le 29 août 2023. Pour le rapport national de surveillance du VIH/sida, l'accent est mis sur les décès attribués spécifiquement au VIH/sida.

## Analyse des données

L'ensemble de données national été élaboré au moyen de procédures normalisées de vérification et de recodage des données appliquées à tous les ensembles de données soumis par les provinces et les territoires. Chaque PT reçoit ses données sous forme de tableau de rapport afin de les examiner et de les valider. Une fois les divergences résolues (le cas échéant) et l'accord final des provinces et des territoires obtenu, les ensembles de données nationaux ont été préparés.

Le nombre de cas et de taux (cas pour 100 000 habitants) au total et stratifié par région géographique, groupe d'âge et sexe sont présentés dans ce rapport. Les taux ont été calculés à l'aide des données sur la population extraites de l'ensemble de données des statistiques démographiques annuelles de Statistique Canada, Division de la démographie, publié afin d'indiquer la taille estimée de la population canadienne au 1<sup>er</sup> juillet 2021.

Dans ce rapport, aucune procédure statistique n'a été utilisée pour des analyses comparatives ou pour tenir compte des données manquantes. Si les fournisseurs de données de surveillance provinciaux et territoriaux l'ont estimé nécessaire, des 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.

Les premiers diagnostics de VIH déclarés au Canada entre 2012 et 2021 ont été utilisés pour compiler l'ensemble de données nationale. Les définitions suivantes ont été utilisées pour créer des ensembles de données nationaux :

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

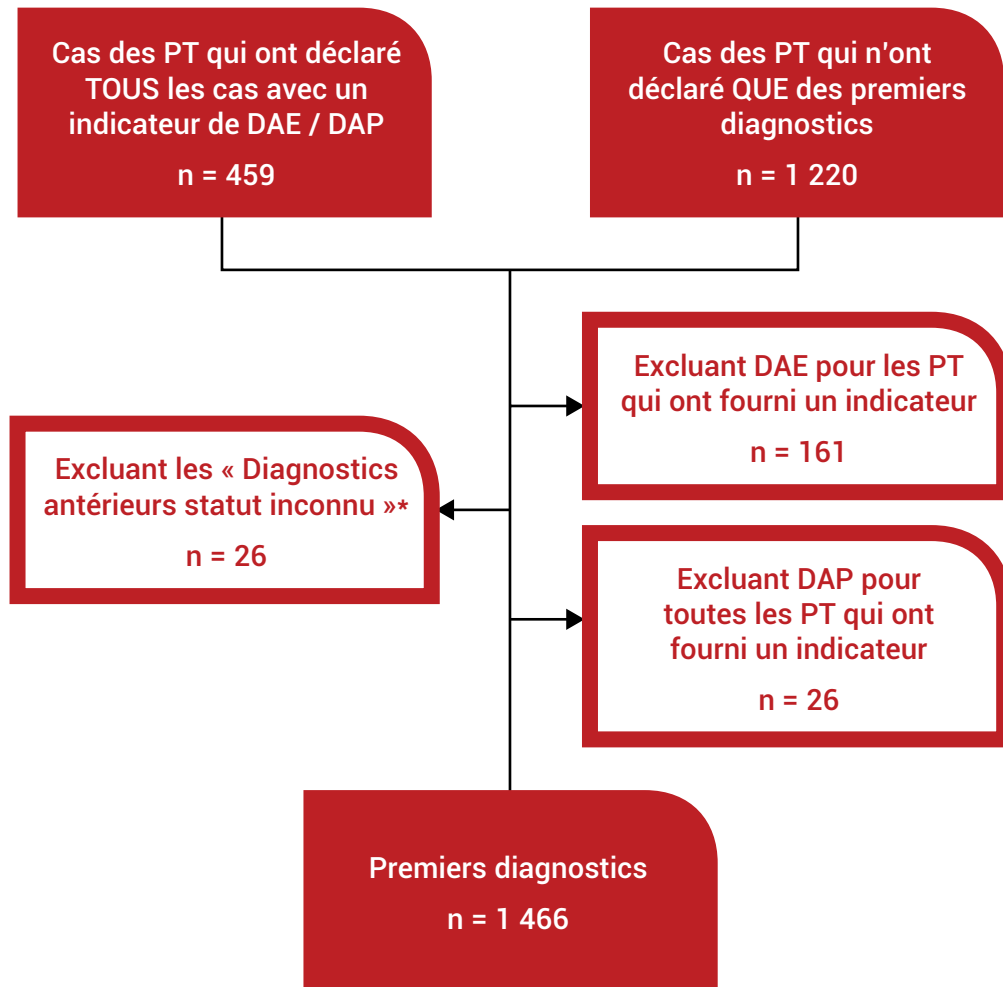
## Finalisation de l'ensemble de données sur les premiers diagnostics de VIH

Le rapport de 2021 représente la première année de déclaration au cours de laquelle les treize provinces et territoires (PT) ont soumis des données uniquement pour les premiers diagnostics ou ont soumis des données sur tous les cas et ont inclus un indicateur pour déterminer les cas qui avaient un diagnostic antérieur à l'étranger (DAE) ou un diagnostic antérieur hors province (DAP). Les cas DAP sont ceux qui ont reçu leur tout premier diagnostic de VIH dans une province ou un territoire autre que le PT faisant le rapport du cas. Le nombre total de premiers diagnostics de VIH pour la période de surveillance, soit du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2021, a été obtenu en combinant les cas des PT ayant déclaré uniquement les premiers diagnostics aux cas déterminés comme premiers diagnostics provenant des provinces et des territoires qui ont soumis tous les cas. Les cas déterminés comme ayant été diagnostiqués antérieurement ont été exclus (**figure 1**).

En 2021, 1 679 cas de VIH ont été déclarés, dont 213 cas diagnostiqués antérieurement (161 ont été classés comme DAE, 26 comme DAP et 26 ont été classés généralement comme diagnostic antérieur). Une fois les cas diagnostiqués antérieurement retirés, il y avait un total de **n = 1 466** cas classés comme *premiers diagnostics de VIH* et utilisés pour les analyses ultérieures de ce rapport (**figure 1**).

Dans le cadre de la soumission des données pour le présent rapport et pour le rapport de 2020, certains PT ont fourni des indicateurs DAE et DAP pour les années précédentes. Les données soumises par les PT pour les années de déclaration entre 2012 et 2021 sont présentées à la **figure A1** ([annexe 2](#)). Tous les cas DAE et DAP connus ont été exclus lors de la création de l'ensemble national de données sur les premiers diagnostics de 2012-2021, qui comprend 17 233 dossiers devant servir à l'analyse des tendances. En raison de la variation de la capacité des PT à fournir des indicateurs DAE et DAP pour les années historiques, ce total inclut probablement certains cas diagnostiqués précédemment. Pour cette raison, les analyses des tendances doivent être prises en compte avec prudence. Compte tenu des mises à jour des données historiques par les autorités de santé publique PT dans le cadre des futures soumissions de données, on prévoit que l'exactitude de l'ensemble de données sur les premiers diagnostics s'améliore au fil du temps.

**Figure 1** : Schéma montrant le flux de données pour les premiers diagnostics et les cas déjà diagnostiqués dans toutes les provinces et territoires pour 2021.



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

\* Les 'Cas Déjà Diagnostiqués Type Spécifique Inconnu' sont des cas précédemment diagnostiqués qui ont été identifiés comme des cas déjà diagnostiqués, mais l'information disponible est insuffisante pour les attribuer à DAE ou DAP.



# Les données de surveillance en un coup d'œil

## Premiers diagnostics de VIH

### Tendances générales des diagnostics de VIH

En 2021, 1 466 cas de premiers diagnostics de VIH ont été déclarés au Canada. Il s'agit d'une augmentation de 10,9 % par rapport au nombre de cas signalés en 2020 (1 322 cas). Le taux national de diagnostic du VIH était de 3,8 pour 100 000 habitants (5,5 pour 100 000 habitants chez les hommes et 2,1 pour 100 000 habitants chez les femmes). Entre 2012 et 2019, le taux de diagnostic national a fluctué selon une intervalle étroite (entre 4,7 et 5,2 pour 100 000 habitants) avant de diminuer fortement en 2020, tant chez les hommes que chez les femmes. Bien qu'il y ait eu une légère augmentation en 2021, ce taux n'est pas encore revenu aux niveaux d'avant la pandémie de COVID-19. Au cours de la période de cinq ans précédant la pandémie (2015-2019), le taux de diagnostic du VIH chez les hommes a globalement diminué, passant de 7,7 pour 100 000 habitants en 2015 à 6,6 pour 100 000 habitants en 2019. En comparaison, le taux de diagnostic du VIH chez les femmes a augmenté, avec un taux de 2,2 pour 100 000 habitants en 2015 à 2,7 pour 100 000 habitants en 2019 (**figure 2, tableau de données 1**).

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

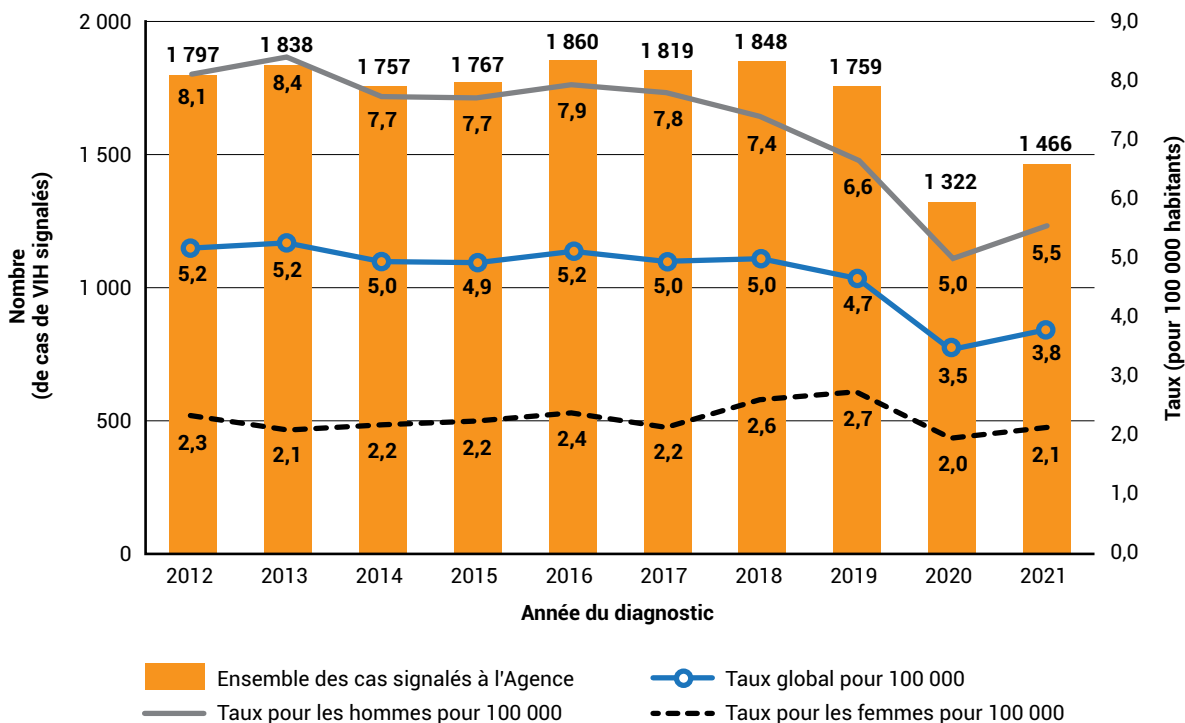
**Taux de diagnostic** – le nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH pour la première fois au cours d'une année donnée pour 100 000 personnes de la population canadienne cette année-là. Ces données de diagnostic sont celles qui sont présentées dans le présent rapport.

**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.<sup>6</sup>



**Figure 2** : Nombre de premiers diagnostics de VIH et taux de diagnostic global, par sexe et par année, Canada, 2012 à 2021<sup>a,b</sup>

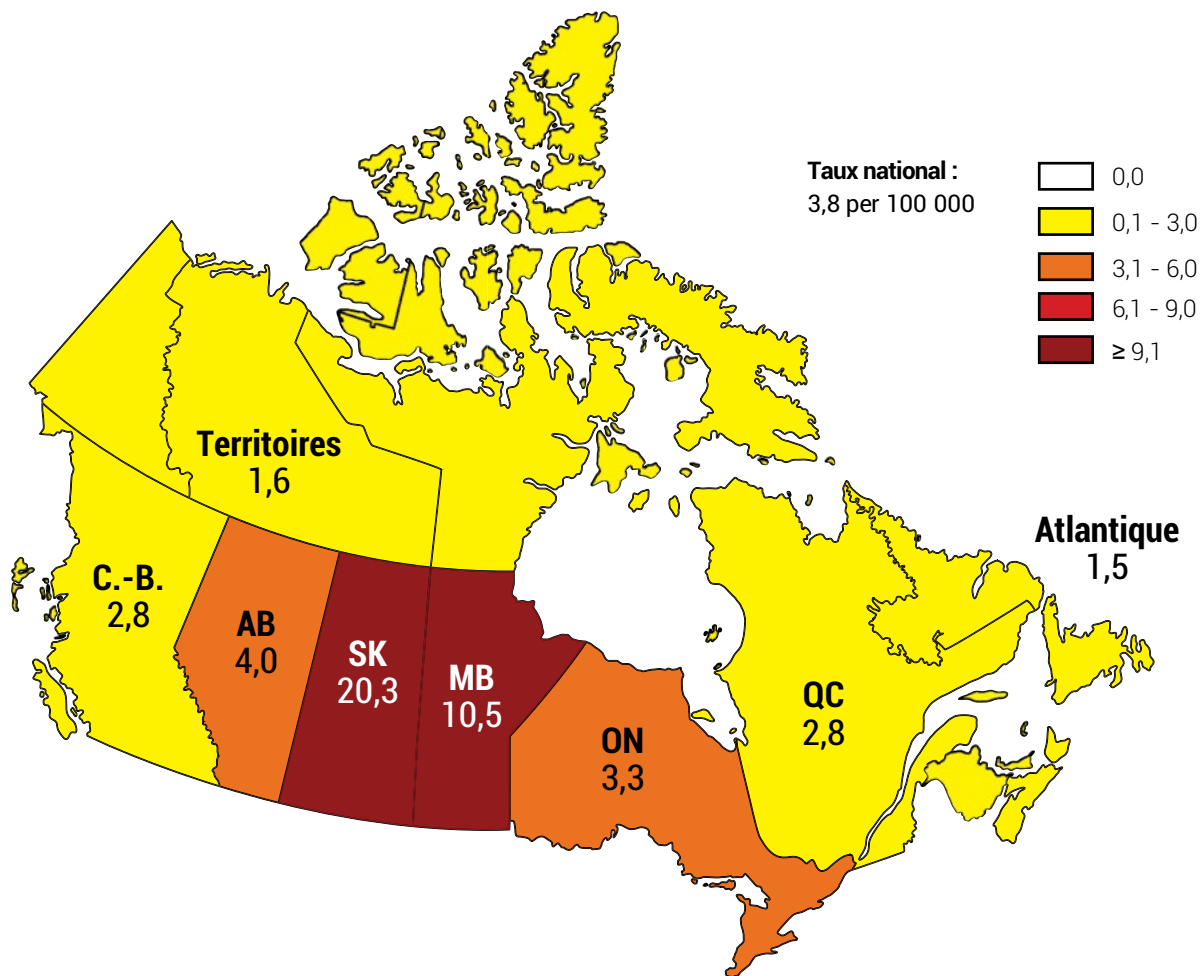
<sup>a</sup> Les taux et les décomptes pour les hommes et les femmes excluent les cas où le sexe a été déclaré comme transgenre ou les cas où le sexe n'était pas déclaré. Pour les taux globaux, les cas où le sexe a été déclaré comme transgenre ou non déclaré sont inclus.

<sup>b</sup> Pour les années 2020 et 2021, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Consultez les notes techniques ([annexe 2](#)) pour obtenir des données historiques pour chaque province ou territoire.

## Distribution géographique

Les taux de premier diagnostic du VIH au Canada sont présentés à **figure 3**. Les taux pour la région des Territoires (Territoires du Nord-Ouest, Nunavut et Yukon) et la région de l'Atlantique (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard) sont présentés sous forme de moyennes régionales (moyenne de chaque taux provincial ou territorial). La Saskatchewan continue d'afficher le taux le plus élevé, les Territoires et la région de l'Atlantique ont le taux le plus faible. Bien que le taux national global ait augmenté de 2020 à 2021, ce taux n'était pas uniforme dans toutes les provinces et tous les territoires (PT). On a observé une augmentation du taux de diagnostic du VIH dans tous les PT de 2020 à 2021, sauf en Ontario (où il a diminué pour passer de 3,5 à 3,3 pour 100 000 habitants) et les Territoires (une diminution de 2,3 à 1,6 pour 100 000 habitants). Ces taux demeurent inférieurs aux niveaux pré-pandémiques dans tous les PT (**figure 3, tableau des données 2**).

**Figure 3** : Taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, par province ou territoire, Canada, 2021<sup>a,b</sup>



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

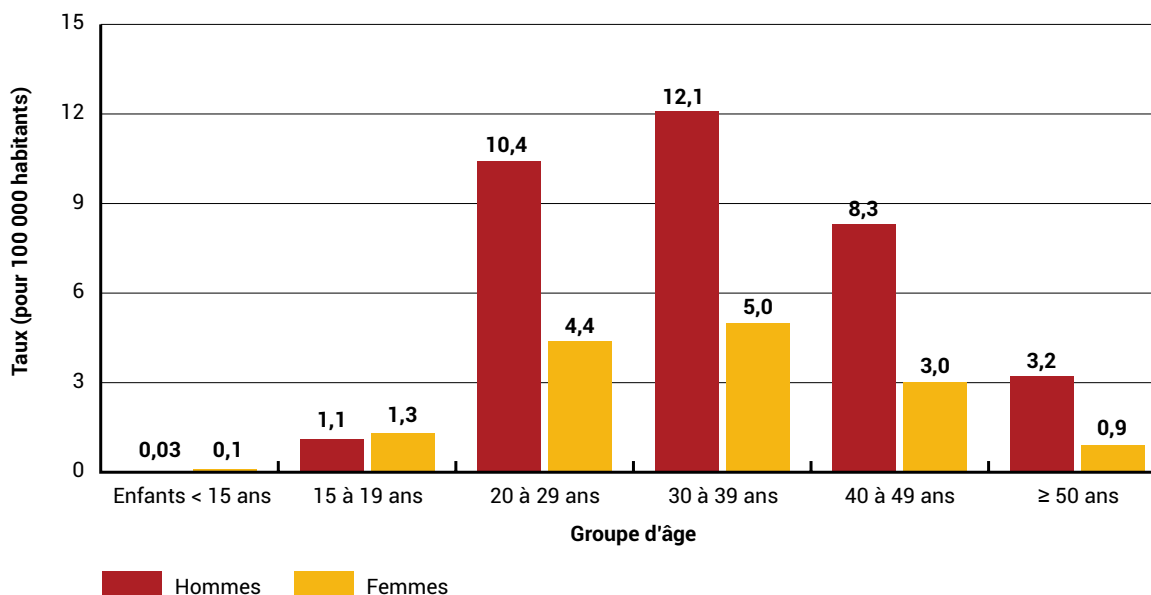
<sup>a</sup> Il est à noter que pour l'Alberta, la déclaration nationale exclut les cas de VIH pour lesquels le lieu de la première séropositivité a été identifié comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante; par conséquent, les totaux et les taux de cas de VIH dans ce rapport peuvent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

<sup>b</sup> En raison du faible nombre de cas dans certaines provinces et certains territoires, certaines régions sont regroupées pour s'assurer que les personnes ne peuvent pas être identifiées. Pour cette raison, les comparaisons interprovinciales ou interterritoriales ne peuvent pas toujours être faites.

## Répartition par groupe d'âge et par sexe

En 2021, parmi les cas où le sexe était déclaré comme homme ou femme (n=1 455), les hommes représentaient 72,1 % des diagnostics (n = 1 049), tandis que les femmes représentaient 27,9 % (n = 406). Il y a eu 11 cas où le sexe n'a pas été déclaré, ou été déclaré comme « transgenre ». Les taux de premier diagnostic du VIH ont également été stratifiés en fonction du groupe d'âge et du sexe. Le taux de diagnostic du VIH selon l'âge a augmenté pour tous les groupes d'âge chez les femmes de 2020 à 2021, sauf chez les 15 à 19 ans (1,5 pour 100 000 habitants en 2020 par rapport à 1,3 pour 100 000 habitants en 2021) et chez le groupe d'âge de 50 ans ou plus (constant à 0,9 pour 100 000 habitants). Chez les hommes, le taux de diagnostic du VIH selon l'âge a augmenté pour tous les groupes d'âge, sauf chez les enfants de moins de 15 ans (constant à 0,0 pour 100 000 habitants). Le taux de diagnostic du VIH le plus élevé a été observé chez les hommes de 30 à 39 ans, avec un taux de 12,1 pour 100 000 habitants. De même, le groupe d'âge de 30 à 39 ans présentait le taux de diagnostic le plus élevé parmi les femmes, soit 5,0 pour 100 000 habitants. Dans tous les groupes d'âge, les taux de diagnostic du VIH étaient au moins deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes, sauf chez les enfants de moins de 15 ans et de 15 à 19 ans, où le taux de diagnostic du VIH était plus élevé chez les femmes (**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, 2021<sup>a</sup>

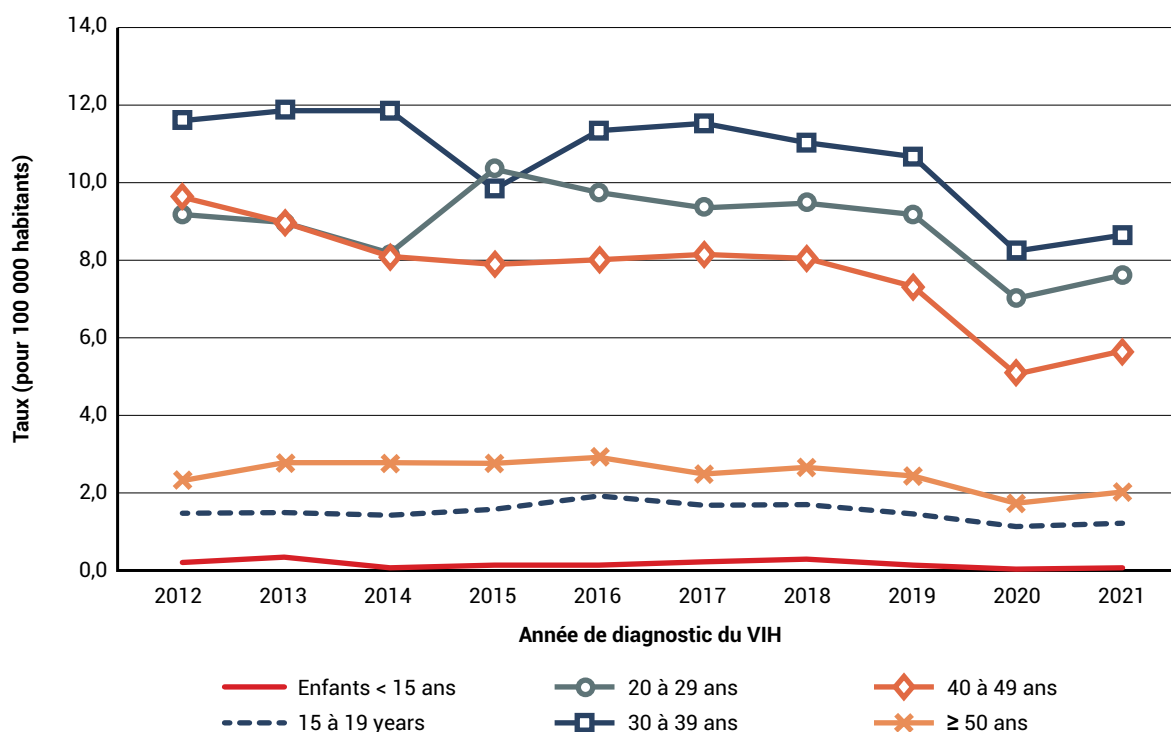


**Abréviations :** <, moins que; ≥, plus grand que ou égal

<sup>a</sup> Exclut les cas où le sexe a été déclaré comme transgenre ou les cas où le sexe n'a pas été déclaré. Ces données sont exclues parce qu'il n'existe actuellement aucune estimation de la taille de la population transgenre et de la taille de la population de genre divers selon âge et région au fil du temps disponible auprès de Statistique Canada. Le SSVS fait actuellement l'objet d'un processus de renouvellement et nous visons à améliorer l'inclusion de données représentant les populations transgenres et les populations de genre divers dans les années à venir.

Ces dernières années, les taux de diagnostic du VIH ont diminué dans l'ensemble des groupes d'âge. La majorité des cas de VIH diagnostiqués en 2021 étaient âgés de 20 à 49 ans, ce qui reflète les tendances observées au cours des dix années précédentes. Comme les années précédentes, en 2021, le taux de diagnostic le plus élevé a été observé dans le groupe d'âge des 30 à 39 ans, avec un taux de 8,6 pour 100 000 habitants. Le taux de diagnostic du VIH était de 7,6 et 5,7 pour 100 000 habitants dans les groupes d'âge de 20 à 29 ans et de 40 à 49 ans, respectivement. Le plus faible taux de diagnostic du VIH chez les adultes a été observé chez les personnes âgées de 15 à 19 ans, avec un taux de diagnostic de 1,2 pour 100 000 habitants. Bien que le taux de diagnostic du VIH ait augmenté dans tous les groupes d'âge de 2020 à 2021, les taux de diagnostic du VIH selon l'âge chez les adultes ont continué d'être inférieurs aux taux de diagnostic au cours de la période de cinq ans précédant la pandémie de COVID-19 (figure 5, tableau de données 4).

**Figure 5 :** Taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, par groupe d'âge et par année, Canada, 2012 à 2021<sup>a</sup>



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

<sup>a</sup> Pour les années 2020 et 2021, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Consultez les notes techniques ([annexe 2](#)) pour obtenir des données historiques pour chaque province ou territoire.

## Répartition des catégories d'exposition

Comme les années précédentes, la plus grande proportion de diagnostics de VIH chez les adultes était attribuée aux contacts sexuels entre hommes (39,7 %, n = 471), suivi par des contacts hétérosexuels à 33,8% (n = 400) (**tableau 1**). En 2021, la proportion de diagnostics de VIH attribués à l'utilisation de drogues injectables (UDI) a diminué à 21,9 % (n = 259), par rapport à 22,2 % (n = 239) en 2020. Il convient de noter que, dans les années passées, la catégorie « Autre » comprenait des cas d'exposition à l'extérieur du Canada, qui, comme il a été mentionné précédemment, ont été supprimés de l'ensemble de données.

Chez les hommes (≥ 15 ans), en 2021, la majorité des cas ont été attribués à des contacts sexuels entre hommes (54,2 %, n = 469), suivis par les contacts hétérosexuels (24,0 %, n = 208) et l'UDI (15,9 %, n = 138). Chez les femmes (≥ 15 ans), l'exposition par contact hétérosexuel a représenté la proportion la plus élevée à 60,4% (n = 191), suivie par l'UDI (38,3%, n = 121) (**tableau 1**).

**Tableau 1 : Nombre et proportion de premiers diagnostics de VIH (≥ 15 ans), par sexe et catégorie d'exposition, Canada, 2020<sup>a, b, c, d</sup>**

Catégorie d'exposition	Hommes		Femmes		Total <sup>a</sup>	
	n	% <sup>b</sup>	n	% <sup>b</sup>	n	% <sup>b</sup>
Contacts sexuels entre hommes	469	54,2	s.o.	s.o.	471	39,7
Contacts sexuels entre hommes et UDI	44	5,1	s.o.	s.o.	44	3,7
UDI	138	15,9	121	38,3	259	21,9
Contact hétérosexuel	208	24,0	191	60,4	400	33,8
Autre <sup>c</sup>	7	0,8	4	1,3	11	0,9
<b>Sous-total</b>	<b>866</b>	<b>82,9</b>	<b>316</b>	<b>79,2</b>	<b>1 185</b>	<b>81,5</b>
Aucun risque identifié <sup>d</sup>	27	2,6	13	3,3	42	2,9
Catégorie d'exposition inconnue ou non déclarée (« manquante »)	152	14,5	70	17,5	227	15,6
<b>Total</b>	<b>1 045</b>	<b>n/a</b>	<b>399</b>	<b>n/a</b>	<b>1 454</b>	<b>n/a</b>

**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.

<sup>a</sup> Le nombre total de cas comprend les cas déclarés comme transgenre et les cas où le sexe n'a pas été déclaré, alors que les colonnes « homme » et « femme » excluent ces cas.

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

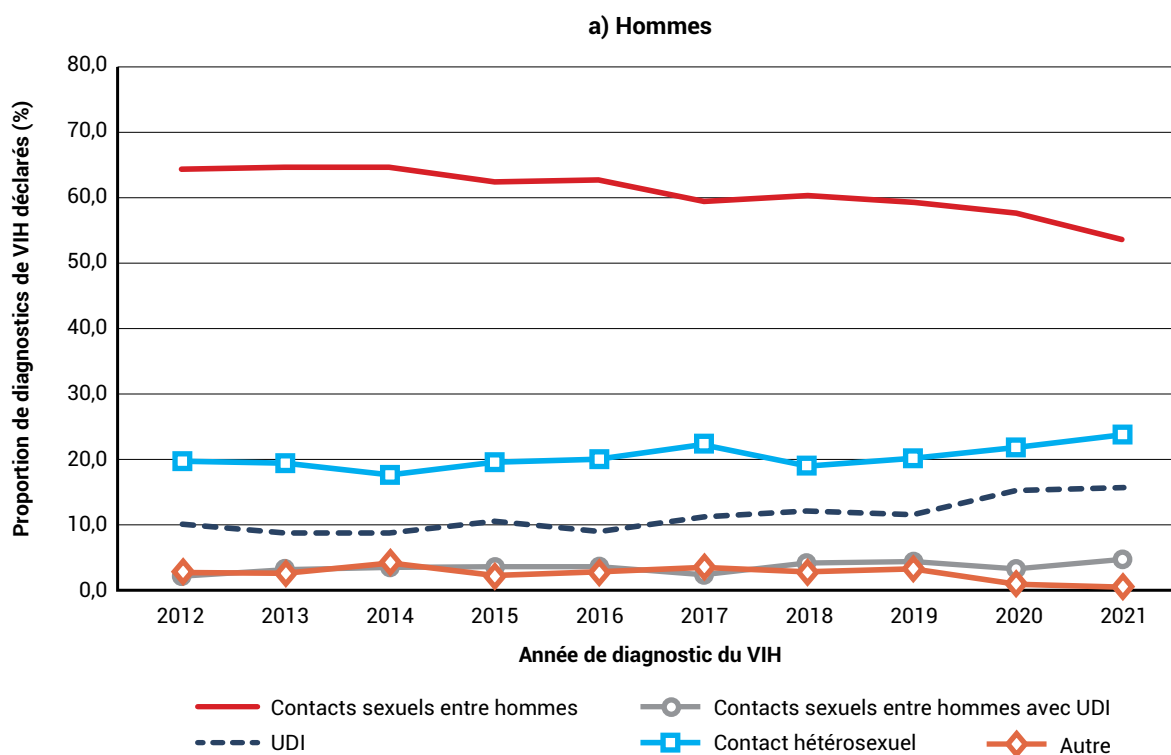
<sup>c</sup> Autre comprend le sang ou produits sanguins, l'exposition périnatale, l'exposition professionnelle, l'exposition IRCC/hors du pays (Alberta) et d'autres catégories d'exposition.

<sup>d</sup> 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).

Les répartitions des catégories d'exposition chez les hommes et les femmes pour les dix dernières années sont présentées dans la **figure 6a** et la **figure 6b**. Chez les hommes, la répartition des diagnostics au sein des différentes catégories d'exposition a légèrement fluctué depuis 2012, mais est restée relativement stable dans l'ensemble (**figure 6a, tableau de donnée 5b**). Pour les femmes, au cours des dix dernières années, la proportion de cas attribués à la catégorie d'exposition à l'UDI est demeurée stable entre 2012 et 2018, suivi par des augmentations de 2019 à 2020 et une diminution subséquente de 40,2 % en 2020 à 38,3 % en 2021 (**figure 6b, tableaux de données 5c**).

Il est conseillé de faire preuve de prudence lorsqu'on compare les données de 2021 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 d'un certain nombre de cas de l'Alberta) à la suite de la modification méthodologique de la déclaration de premiers diagnostics seulement. Il en résulte une réduction globale du nombre de cas, de tous les cas déclarés jusqu'aux 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 hommes adultes ( $\geq 15$  ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2012 à 2021 <sup>a,b,c</sup>

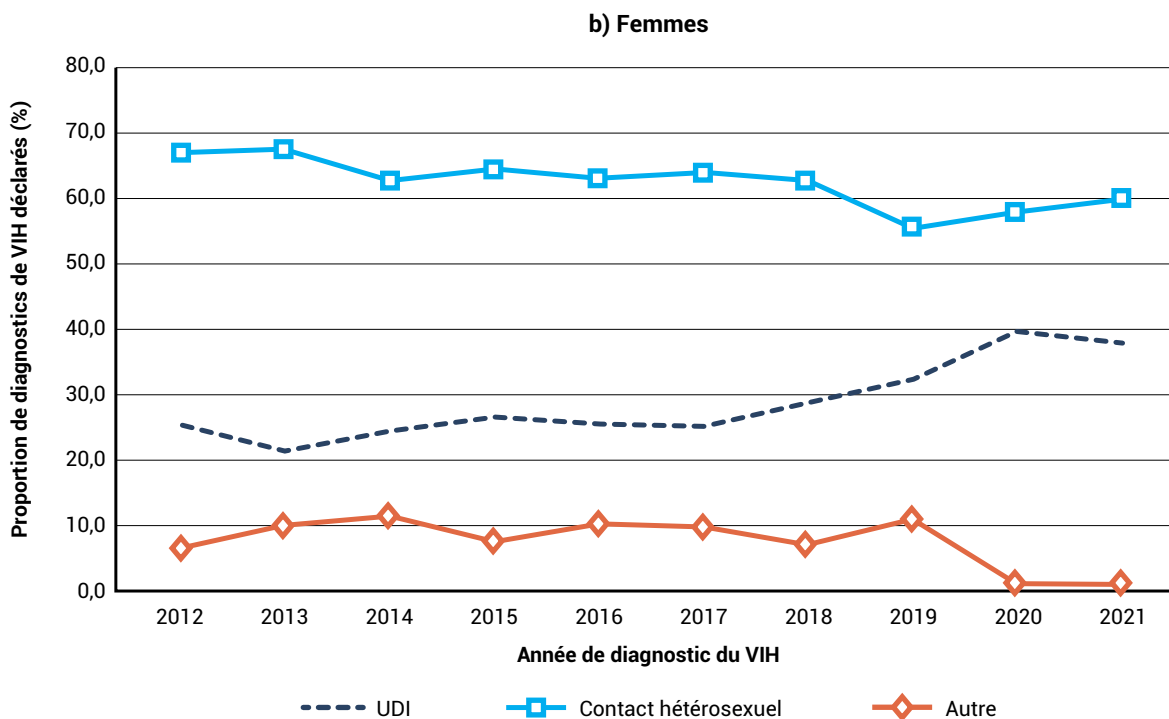


<sup>a</sup> Exclut les cas sans risque identifié, dont la catégorie d'exposition est inconnue ou pour lesquels la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.

<sup>b</sup> Pour les années 2020 et 2021, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Consultez les notes techniques ([annexe 2](#)) pour obtenir des données historiques pour chaque province ou territoire.

<sup>c</sup> Autre comprend le sang et les produits sanguins, l'exposition professionnelle, les cas de l'Alberta recensés par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et d'autres catégories d'exposition.

**Figure 6b** : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les femmes adultes ( $\geq 15$  ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2012 à 2021<sup>a,b,c</sup>

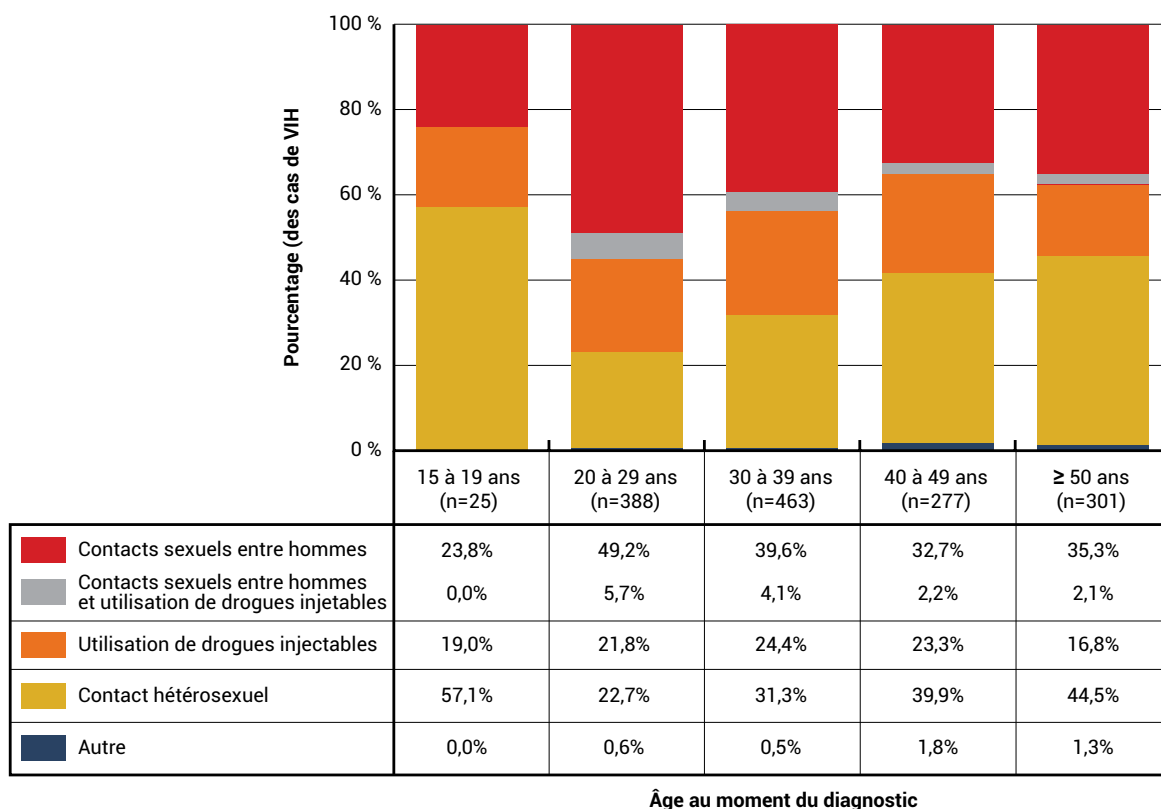


- <sup>a</sup> Exclut les cas sans risque identifié, dont la catégorie d'exposition est inconnue ou pour lesquels la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.
- <sup>b</sup> Pour les années 2020 et 2021, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Consultez les notes techniques ([annexe 2](#)) pour obtenir des données historiques pour chaque province ou territoire et pour la catégorie d'exposition.
- <sup>c</sup> Autre comprend le sang et les produits sanguins, l'exposition professionnelle, les cas de l'Alberta recensés par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et d'autres catégories d'exposition.

### Catégorie d'exposition et groupe d'âge

Dans les groupes d'âge de 20 à 29 ans et de 30 à 39 ans, les contacts sexuels entre hommes constituaient la principale catégorie d'exposition, allant de 49,2 % à 39,6 % des cas, respectivement. En revanche, les contacts hétérosexuels ont représenté 57,1 %, 39,9 % et 44,5 % des expositions déclarées dans les groupes d'âge de 15 à 19 ans, de 40 à 49 ans et de 50 ans, respectivement (figure 7, tableau de données 6).

**Figure 7** : Proportion de premiers cas de VIH déclarés ( $\geq 15$  ans), par catégorie d'exposition et groupe d'âge, Canada, 2021<sup>a,b</sup>



**Abréviations** : n, nombre;  $\geq$ , supérieur ou égal

<sup>a</sup> 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.

<sup>b</sup> Autre comprennent le sang et les produits sanguins, l'exposition professionnelle, les cas de l'Alberta recensés par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et d'autres catégories d'exposition.



## Race ou origine ethnique

Les renseignements sur la race ou l'origine ethnique sont importants pour surveiller le fardeau inéquitable des maladies que subissent les groupes en quête d'équité et pour leur fournir de meilleurs soins. Toutefois, l'exhaustivité de ces données dans la surveillance du VIH a historiquement été faible, et actuellement assez faible, et les renseignements sur la race ou l'origine ethnique sont manquants pour plus de la moitié des cas au cours 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 dans le but de moderniser et de renforcer la surveillance effectuée afin 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 soient sécuritaires et faites de manière à réduire les dommages aux populations les plus susceptibles d'être touchées.

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 donc nous aider à déterminer les inégalités pouvant provenir des préjugés et du racisme — systémiques, interpersonnels et intériorisé, à en faire la surveillance et à les aborder.<sup>26</sup> La race peut être considérée comme un déterminant important de la santé qui influence l'équité en santé, y compris le fardeau disproportionné du VIH dans certaines communautés, en particulier les communautés autochtones et les communautés noires.

L'**origine ethnique** est un concept multidimensionnel se référant 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.<sup>26</sup>

La **racisation** est le processus par lequel les sociétés établissent les races de manières réelles, différentes et inégales, qui affecte la vie économique, politique et sociale, et qui imposent ces constructions aux gens.<sup>27</sup>

Les personnes noires, autochtones et les autres personnes racisées sont confrontées à des difficultés uniques pour accéder à des soins de qualité et les recevoir, qui découlent d'un passé de colonialisme, de racisme systémique et structurel et d'iniquités sociales entre les personnes blanches et non blanches et entre les personnes autochtones et non autochtones au Canada. La stigmatisation et la discrimination, le manque de confiance envers les professionnels de la santé et les services culturellement inadéquats ou mal adaptés sont des obstacles connus à l'accès à des soins appropriés pour le VIH parmi ces groupes.<sup>2, 28-31</sup> La collecte de renseignements fondés sur la race et/ou l'origine ethnique est un élément essentiel pour reconnaître et comprendre ces disparités.<sup>26</sup> 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 des identificateurs de race et d'identité autochtone et en travaillant en partenariat avec les personnes autochtones, noires [et d'autres personnes racisées] pour s'assurer qu'ils sont utilisés correctement, 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<sup>26</sup>

Le fardeau disproportionné et accru du VIH sur les communautés racisées a été démontré par les impacts déclarés de la pandémie de COVID-19 sur l'accès aux services de santé. Cela a été souligné par des enquêtes menées par l'ASPC sur les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la capacité des fournisseurs de services de santé d'offrir des services et sur l'impact de la pandémie sur l'accès aux services pour les personnes des communautés touchées de façon disproportionnée par le VIH – les personnes autochtones, les personnes issues des communautés africaines, caribéennes et noires, et personnes qui consomment des drogues, y compris l'alcool.

En ce qui concerne l'accès au soutien et au traitement pour les personnes vivant avec le VIH : 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 ont fourni des services de santé ou des pratiques de guérison autochtones.<sup>7</sup> Parmi les personnes issues des communautés africaines, caribéennes et noires vivant avec le VIH au Canada, 38 % des répondants ont indiqué avoir de la difficulté à avoir accès à un fournisseur de soins pour le VIH ou à une clinique de traitement du VIH.<sup>30</sup> Chez les répondants issus des communautés africaines, caribéennes et 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 COVID-19, qui ont toutes été liées à des comportements à risque.<sup>30</sup> Cela indique que les communautés africaines, caribéennes et noires assument un fardeau encore plus lourd depuis le début de la pandémie de COVID-19.

Auparavant, les renseignements sur la race ou l'origine ethnique étaient présentés par toutes les provinces et tous les territoires (PT), sauf du Québec et de la Colombie-Britannique. En 2021, le Manitoba a également exclu les renseignements sur la race ou l'origine ethnique dans sa soumission de données. L'exhaustivité de données soumise varie considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre. En 2021, le Québec a fourni des renseignements sur les premiers diagnostics de 2012 à 2021, et, à ce titre, le nombre de cas pour 2012 à 2021 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 rapportée au cours des années précédentes a changé. En 2020, les renseignements sur la race ou l'origine ethnique n'étaient disponibles que pour 44,6 % de tous les cas soumis à l'ASPC et, en 2021, la proportion de données complètes sur la race ou l'origine ethnique était de 45,3 % (**tableau 2**).

**Tableau 2** : Proportion d'exhaustivité de renseignements sur la race et l'origine ethnique dans l'ensemble national de données du SSVS, Canada, 2012-2021<sup>a,b</sup>

Année de diagnostic du VIH	Pourcentage d'exhaustivité (%)
2012	55,8
2013	53,8
2014	53,6
2015	56,0
2016	56,1
2017	57,0
2018	54,2
2019	49,6
2020	44,6
2021	45,3

Voir l'[Annexe 2](#) pour plus de détails sur les catégories de race/origine ethnique déclarées par les provinces et territoires.

<sup>a</sup> Les renseignements sur la race ou l'origine ethnique n'ont pas été soumis régulièrement par la Colombie-Britannique avant 2021 et ils ne sont pas soumis par le Québec; le Manitoba n'a pas fourni de renseignements sur la race ou l'origine ethnique en 2021. Le type de données que les autres provinces ou territoires ont soumis varie considérablement. Plusieurs provinces et territoires ne soumettent qu'un sous-ensemble des catégories qui sont incluses dans les tableaux et les figures et le taux d'exhaustivité varie. **Il convient d'interpréter les données avec prudence.**

<sup>b</sup> Avant 2021, le Québec n'a présenté que des données pour tous les diagnostics de VIH sans pouvoir séparer les diagnostics antérieurs des premiers diagnostics. En 2021, le Québec a présenté des données historiques globales sur les premiers diagnostics et les diagnostics antérieurs pour 2012 à 2021. En raison de la mise à jour des données historiques, les proportions d'exhaustivité des données pour les années précédentes ont changé et ne correspondent pas à celles publiées dans les rapports précédents (p. ex. l'exhaustivité pour 2020 a été signalé comme étant de 36,1 % dans le document Le VIH au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2020).

Les pratiques actuelles en matière de rapports sur la race ou l'origine ethnique, comme les catégories de rapports, varient et sont limitées dans certaines provinces et certains territoires. À ce titre, les résultats devraient être interprétés avec **prudence**, puisqu'une partie importante des renseignements sur la race ou l'origine ethnique est manquante ou n'est pas rapportée. Cette missibilité n'est pas aléatoire, de sorte que les données disponibles et ne correspondent probablement pas à la véritable image nationale des renseignements sur la race ou 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 les provinces et territoires.

En 2021, sur l'ensemble des cas (n = 1 466), 17,3 % ont été déclarés comme étant blancs, 10,8 % comme étant autochtones (Premières Nations, Métis, Inuit ou autochtones non précisés autrement), et 6,9 % comme étant issus de communautés noires. La répartition des cas selon les catégories de race ou d'origine ethnique variait selon le sexe. Chez les hommes, la plus grande proportion de cas a été déclarée chez les hommes blancs (21,2 %), suivis des hommes autochtones (7,6 %). En comparaison, chez les femmes, la proportion la plus élevée de cas a été déclarée chez les femmes autochtones (19,5 %), suivie des femmes noires (8,6 %) (**tableau 3** – Tous les cas, **figure 8a**).

Dans les cas où la race ou l'origine ethnique a été déclarée (n = 664), les proportions doivent être interprétées avec prudence, car elles ne représentent que les cas où la race ou l'origine ethnique a été déterminée pour 2021. 38,3 % des cas ont été déclarées comme étant blancs, les personnes autochtones (Premières Nations, Inuits, Métis ou autochtones non précisés autrement) représentaient 23,9% des cas, et 15,4 % ont été déclarés comme étant issus de

communautés noires. Chez les hommes, la plus grande proportion de cas a été déclarée chez les hommes blancs (44,6 %), suivis des hommes autochtones (16,1 %). En comparaison, chez les femmes, la proportion la plus élevée de cas a été déclarée chez les femmes autochtones (47,9 %), suivie des femmes noires (21,2 %) (**tableau 3 – Tous les cas, figure 8b**).

Les recherches et les données locales de surveillance de la santé publique ont révélé que les communautés racisées 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. De novembre 2022 à mars 2023, un effort de collaboration avec les membres de la communauté a mené à la création d'un Groupe de travail d'experts des communautés noires, qui fournira des conseils au SSVS et contribuera à l'élaboration et à la mise en œuvre conjointes de stratégies visant à améliorer l'exhaustivité de la variable race ou origine ethnique. Les objectifs sont les suivants : 1) aider à informer et à soutenir la façon dont les PT recueillent ces données (selon les besoins de certaines provinces ou certains territoires); 2) rétablir la confiance en démontrant l'engagement de l'ASPC à poursuivre l'élaboration d'approches antiracistes et décoloniales, en partenariat avec les PT et les groupes communautaires, ce qui donnera aux PT une plus grande confiance dans l'utilisation appropriée des données qu'ils partagent avec l'ASPC; 3) permettre la disponibilité de données plus complètes et de meilleure qualité, ce qui, à son tour, facilitera l'élaboration de meilleures données de recherche et de programmes de prévention mieux adaptés. Le SSVS étudie actuellement une approche visant à mobiliser les organisations autochtones de la même façon.

**Tableau 3** : Nombre et répartition en pourcentage des premiers cas de VIH, par sexe et par race ou origine ethnique, Canada, 2021<sup>a,b,c,d,e</sup>

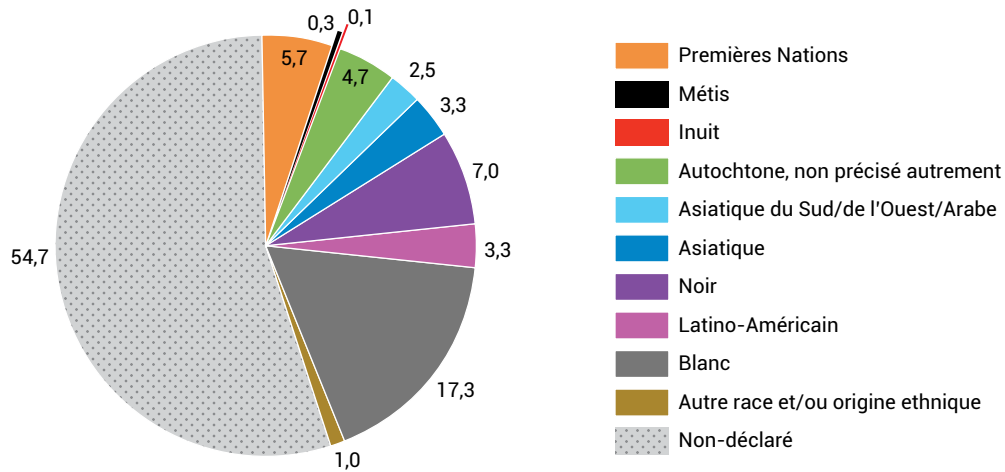
Race ou origine ethnique	Tous les cas						Sous-ensemble des cas dont la race ou l'origine ethnique est déclarée <sup>a</sup>					
	Hommes		Femmes		Total <sup>b</sup>		Hommes		Femmes		Total <sup>b</sup>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Autochtones</b>	80	7,6	79	19,5	159	10,8	80	16,1	79	47,9	159	23,9
a) Premières Nations	35	3,3	49	12,1	84	5,7	35	7,0	49	29,7	84	12,7
b) Métis	4	0,4	1	0,2	5	0,3	4	0,8	1	0,6	5	0,8
c) Inuit	1	0,1	0	0,0	1	0,1	1	0,2	0	0,0	1	0,2
d) Autochtone, non précisé autrement	40	3,8	29	7,1	69	4,7	40	8,0	29	17,6	69	10,4
<b>Asie du Sud/de l'Ouest/Arabe</b>	30	2,9	7	1,7	37	2,5	30	6,0	7	4,2	37	5,6
<b>Asiatique</b>	46	4,4	3	0,7	49	3,3	46	9,2	3	1,8	49	7,4
<b>Noir</b>	67	6,4	35	8,6	102	7,0	67	13,5	35	21,2	102	15,4
<b>Latino-Américain</b>	42	4,0	5	1,2	48	3,3	42	8,4	5	3,0	48	7,2
<b>Blanc</b>	222	21,2	32	7,9	254	17,3	222	44,6	32	19,4	254	38,3
<b>Autre race et/ou origine ethnique</b>	11	1,0	4	1,0	15	1,0	11	2,2	4	2,4	15	2,3
<b>Sous-total</b>	<b>498</b>	<b>47,5</b>	<b>165</b>	<b>40,6</b>	<b>664</b>	<b>45,3</b>	<b>498</b>	<b>n/a</b>	<b>165</b>	<b>n/a</b>	<b>664</b>	<b>n/a</b>
<b>Non-déclaré</b>	551	52,5	241	59,4	802	54,7	551	n/a	241	n/a	802	n/a
<b>Total</b>	<b>1 049</b>	<b>n/a</b>	<b>406</b>	<b>n/a</b>	<b>1 466</b>	<b>n/a</b>	<b>1 049</b>	<b>n/a</b>	<b>406</b>	<b>n/a</b>	<b>1 466</b>	<b>n/a</b>

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

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

- <sup>a</sup> Ce sous-ensemble présente les proportions du nombre total de cas où la race et/ou l'ethnicité ont été déclarées (n=664). Les cas où la race et/ou l'origine ethnique n'ont pas été déclarées ont été exclus des totaux utilisés pour calculer ces proportions.
- <sup>b</sup> Le nombre total de cas comprend les cas déclarés comme transgenres et les cas où le sexe n'a pas été déclaré, alors que les colonnes « homme » et « femme » excluent ces cas.
- <sup>c</sup> Le Québec et le Manitoba n'ont pas fourni de renseignements sur la race ou l'origine ethnique. Le type de données que les autres provinces ou territoires ont soumis varie considérablement, plusieurs provinces et territoires ne soumettent qu'un sous-ensemble des catégories qui sont incluses dans les tableaux et les figures et le taux d'exhaustivité varie. **Il convient d'interpréter les données avec prudence.**
- <sup>d</sup> En raison de la faible exhaustivité des renseignements sur la race et/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.
- <sup>e</sup> La déclaration de races et/ou des origines ethniques multiples est déterminée par chaque province ou territoire.

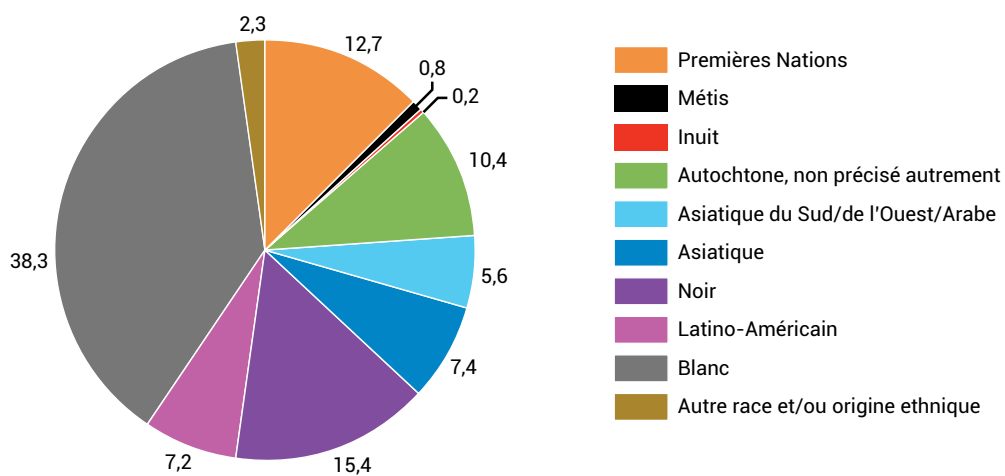
**Figure 8a :** Proportions de la race et/ou de l'origine ethnique parmi tous les premiers diagnostics de VIH déclarés parmi **tous les cas déclarés** (n=1466), Canada, 2021<sup>a</sup>



Voir l'[Annexe 2](#) pour plus de détails sur les catégories de race/origine ethnique déclarées par les provinces et territoires.

<sup>a</sup> Le Québec ou le Manitoba ne fournissent pas de renseignements sur la race ou l'origine ethnique; dans d'autres régions, les catégories de race et/ou d'origine ethnique soumise et le taux d'exhaustivité varient et les données doivent être interprétées avec une extrême prudence.

**Figure 8b :** Proportions de la race et/ou de l'origine ethnique parmi les premiers diagnostics de VIH où la race et/ou l'origine ethnique est déclarée (n=664), Canada, 2021<sup>a</sup>



Voir l'[Annexe 2](#) pour plus de détails sur les catégories de race/origine ethnique déclarées par les provinces et territoires.

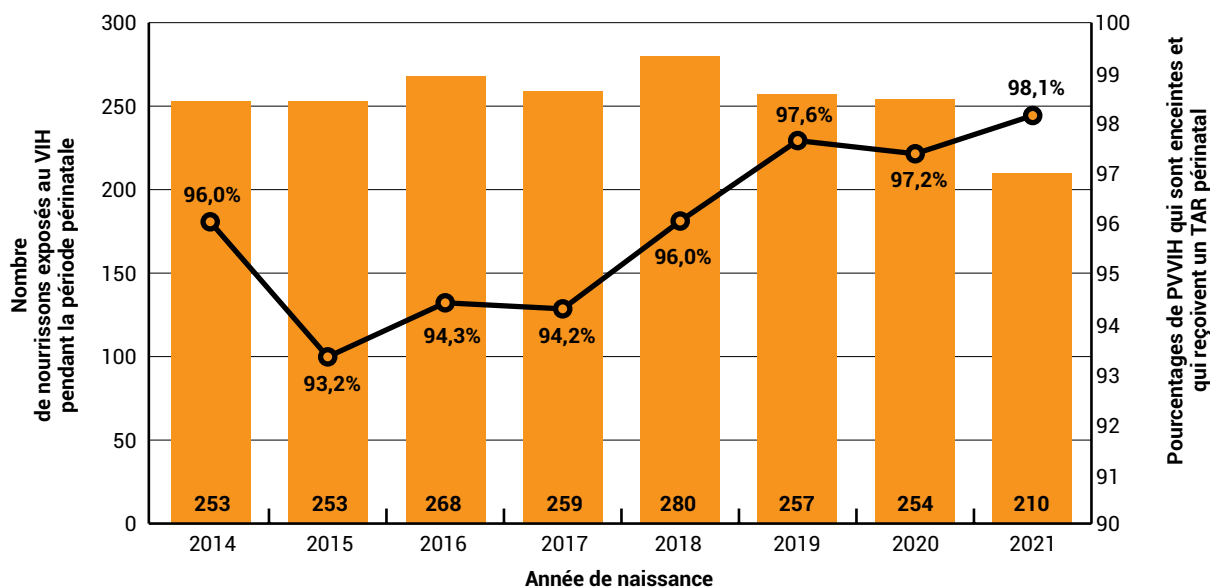
<sup>a</sup> Le Québec ou le Manitoba ne fournissent pas de renseignements sur la race ou l'origine ethnique; dans d'autres régions, les catégories de race et/ou d'origine ethnique soumise et le taux d'exhaustivité varient et les données doivent être interprétées avec une extrême prudence.

# Données de surveillance supplémentaires

## Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC)

En 2021, 210 nourrissons ont été exposés au VIH par voie périnatale et deux nouvelles infections périnatales ont eu lieu. Les deux nourrissons sont nés de personnes qui n'ont reçu aucune thérapie antirétrovirale (TAR). Aussi, depuis 2014, le nombre d'expositions périnatales a varié entre 210 et 280, avec une moyenne de 254 expositions périnatales par an. En outre, depuis 2014, le nombre d'infections périnatales a varié entre 2 et 13, avec une moyenne de 5,6 infections par an. Bien que le nombre d'expositions périnatales ait fluctué chaque année, on observe une diminution, passant de 253 expositions en 2014 à 210 en 2021 (**figure 9**). La proportion de femmes et d'autres personnes enceintes vivant avec le VIH et qui ont reçu une TAR pendant la grossesse en 2021 était de 98,1 %, ce qui était légèrement supérieur à la moyenne entre 2014 et 2020 (95,5 %; avec un intervalle de 93,2 % à 97,6 %) (**figure 9**). D'autres résultats du PSPVC sont présentés dans le **tableau de données 7**.

**Figure 9** : Nombre de nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale et proportion de mères et de personnes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu un traitement antirétroviral prénatal, par année de naissance, Canada, 2014 à 2021<sup>a</sup>



Source : PSPVC

Abréviations : PVVIH, personnes vivant avec le VIH

<sup>a</sup> La proportion de mères ou personnes enceintes qui reçoivent une TAR exclut les personnes enceintes dont le statut antirétroviral prénatal est inconnu. Les nourrissons nés de personnes enceintes ayant un statut de TAR prénatal 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

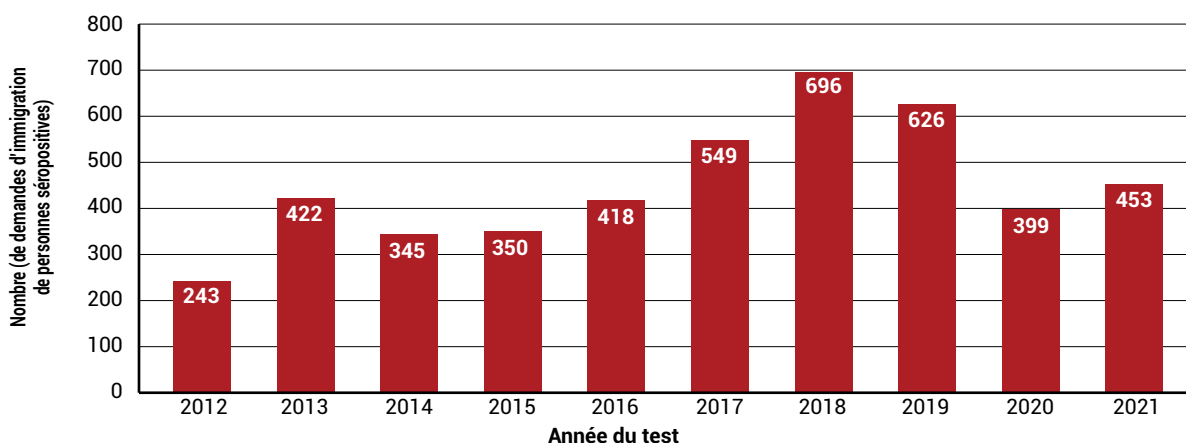
En 2021, 865 migrants ont été testés positifs au VIH lors d'un examen médical aux fins d'immigration (EMI) au Canada ou à l'étranger. Ce chiffre représente une augmentation de 16,4 % par rapport aux 743 migrants qui ont été testés positifs en 2020. Sur l'ensemble des migrants qui ont été testés positifs au VIH au cours de l'EMI, les proportions de migrants qui ont été testés positifs (en 2021) avant l'arrivée au Canada (47,6 %) et après l'arrivée au Canada (52,4 %) sont restées similaires par rapport à l'année précédente, puisqu'il y avait 46,3 % qui ont été testés positifs à l'extérieur du Canada et 53,7 % qui ont été testés positifs au Canada en 2020 (**tableau de données 8**).

Au total, 4 501 personnes ont été testées positives lors d'un EMI réalisé au Canada au cours des 10 dernières années (2012-2021), avec une moyenne de 450 par an (intervalle: 243 à 696) (**figure 10**). Entre 2012 et 2021, parmi les demandeurs qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH lors d'une EMI au Canada, les hommes représentaient une proportion plus élevée, soit 58,9 % (n = 2 650). Dans l'ensemble, pour les deux sexes, les migrants âgés de 30 à 39 ans représentaient la plus grande proportion de tests positifs, soit 38,9 % (n = 1 751). Viennent ensuite le groupe des 40 à 49 ans, 25,7 % (n = 1 158) et le groupe des 20 à 29 ans, 18,8 % (n = 845) (**tableau de données 9**).

Parmi les EMI réalisés au Canada entre 2012 et 2021 où le VIH a été détecté, 53,2 % ont été réalisés en Ontario, suivies de 25,7 % réalisés au Québec, 9,2 % en Alberta et 8,5 % en Colombie-Britannique. En 2021, les notifications de santé publique de l'IRCC envoyées aux provinces ou aux territoires étaient le plus souvent envoyées en Ontario.



**Figure 10** : Nombre de migrants dont le test de dépistage du VIH a été positif lors d'un examen médical d'immigration effectué au Canada, 2012 à 2021<sup>a,b</sup>



Source : IRCC

<sup>a</sup> Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, IRCC SMGC et SGR/SSOBL en date de juillet 2022. Reproduit et distribué avec la permission d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.

<sup>b</sup> Pour les candidats ayant subi un test au Canada, l'année correspond à l'année du test. Pour les candidats ayant subi un test international, l'année correspond à l'année où le candidats a obtenu le droit d'établissement au Canada.

## Cas de sida

Le sida désigne le stade le plus avancé de la maladie causée par le virus du VIH. Au total, 64 cas de sida ont été signalés en 2021 (**tableau 4**). Entre 2012 et 2021, 1 768 cas de sida ont été déclarés à l'ASPC. Le nombre de diagnostics de sida a diminué chez les hommes et les femmes entre 2012 et 2020 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](https://www.canada.ca/fr/maladies-a-declaration-obligatoire) (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 2012 peut être partiellement due à une réduction de la déclaration par les autorités de santé publique des PT. Récemment, il y a eu un changement dans la déclaration du sida en tant que stade de l'infection par le VIH, plutôt que de le déclarer comme un 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 PT 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), par sexe et année de diagnostic, dans les provinces et territoires canadiens déclarants, 2012 à 2021<sup>a,b</sup>

Année du diagnostic	Hommes	Femmes	Total
2012	205	46	263
2013	184	63	263
2014	179	48	243
2015	162	49	212
2016	138	52	193
2017	119	38	158
2018	110	28	139
2019	84	23	107
2020	87	39	126
2021	52	12	64
<b>Total</b>	<b>1 320</b>	<b>398</b>	<b>1 768</b>

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

<sup>b</sup> 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 disponibles sur les décès des statistiques de l'état civil de Statistique Canada (SC), un total de 1 469 décès ont été attribués au VIH au Canada entre 2013 et 2021. Alors que le nombre de décès attribués au VIH a diminué, passant de 241 en 2013 à 105 en 2019, il est passé à 136 en 2020 et est resté relativement stable à 133 en 2021. Parmi les personnes âgées de 15 ans et plus, 77,0 % (n = 1 131) des décès attribués au VIH concernaient des hommes. Bien que le nombre de décès chez les hommes et les femmes ait diminué depuis 2013, la proportion de décès chez les femmes par rapport aux hommes a diminué, passant de 21,6 % (n = 52) en 2013 à 18,4 % (n = 25) en 2020, puis a augmenté à 19,5 % (n = 26) en 2021 (**tableau 5** et **tableau 6**). La proportion de décès chez les personnes de 50 ans et plus par rapport aux groupes d'âge plus jeunes a augmenté, passant de 57,3 % (n = 138) en 2013 à 66,2 % (n = 90) en 2020, suivie d'une légère baisse à 61,7 % (n=82) en 2021.

**Tableau 5** : Nombre de décès attribués à l'infection par le VIH, selon l'âge au décès et le sexe, Canada, 2013 à 2021

Groupe d'âge	Hommes		Femmes		Total
	n	%	n	%	n
Moins de 15 ans	0	0	1	100	1
15 ans et plus	1 131	77,0	337	23,0	1 468
<b>Total</b>	<b>1 131</b>	<b>77,0</b>	<b>338</b>	<b>23,0</b>	<b>1 469</b>

Source : SC

Abréviations : n, nombre

**Tableau 6** : Nombre de décès attribués à l'infection par le VIH ( $\geq 15$  ans), par sexe, Canada, 2013 à 2021<sup>a</sup>

Année du décès	Hommes	Femmes	Total
2013	189	52	241
2014	149	56	205
2015	131	59	190
2016	134	40	174
2017 <sup>a</sup>	117	25	142
2018 <sup>a</sup>	112	30	142
2019 <sup>a</sup>	81	24	105
2020 <sup>a</sup>	111	25	136
2021 <sup>a</sup>	107	26	133
<b>Total</b>	<b>1 131</b>	<b>337</b>	<b>1 468</b>

Source : SC

<sup>a</sup> 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 2019, 2020 et 2021 devraient être considérées comme préliminaires.

**Tableau 7** : Nombre de décès attribués à l'infection à VIH par groupe d'âge, Canada, 2013 à 2021

Groupe d'âge	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
< 15 ans	0	0	0	0	0	0	1	0,6	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
20 à 29 ans	6	2,5	3	1,5	2	1,1	5	2,9	5	3,5	2	1,4	2	1,9	2	1,5	4	3,0	
30 à 39 ans	27	11,2	27	13,2	18	9,5	23	13,1	11	7,7	19	13,4	11	10,5	15	11,0	13	9,8	
40 à 49 ans	70	29,0	68	33,2	56	29,5	40	22,9	24	16,9	31	21,8	25	23,8	29	21,3	34	25,6	
$\geq 50$ ans	138	57,3	107	52,2	114	60,0	106	60,6	102	71,8	90	63,4	67	64,4	90	66,2	82	61,7	
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>s.o.</b>	<b>205</b>	<b>s.o.</b>	<b>190</b>	<b>s.o.</b>	<b>175</b>	<b>s.o.</b>	<b>142</b>	<b>s.o.</b>	<b>142</b>	<b>s.o.</b>	<b>105</b>	<b>s.o.</b>	<b>136</b>	<b>s.o.</b>	<b>133</b>	<b>s.o.</b>	

Source : SC

Abréviations : n, nombre

# Discussion

En 2021, 1 466 cas de premiers diagnostics de VIH ont été déclarés au Canada. Bien qu'il y ait eu des fluctuations au cours de la dernière décennie, une diminution notable du taux de diagnostic du VIH a été observée en 2020 par rapport aux années précédentes (4,7 pour 100 000 habitants en 2019 contre 3,5 pour 100 000 habitants en 2020). Cette diminution est probablement dû en partie à la diminution de l'accès aux services de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) pendant la pandémie de COVID-19 et les pratiques nationales de surveillance du VIH ont changé pour se concentrer uniquement sur les premiers diagnostics à partir de 2020. En 2021, on a observé une légère « remontée » du nombre de premiers diagnostics de VIH et du taux de diagnostic du VIH (augmentation de 10,9 % des premiers diagnostics par rapport à 2020), le taux global passant de 3,8 pour 100 000 habitants alors qu'il se situait à 3,5 pour 100 000 habitants en 2020. Les taux pour les hommes et les femmes ont augmenté, ce qui correspond à la tendance générale.

Le défi de l'exactitude des rapports et de l'interprétation des tendances dans les diagnostics de VIH lorsqu'il y a des mouvements de personnes à l'intérieur d'un pays ou des personnes diagnostiquées avant la migration a déjà été relevé au Canada et dans d'autres pays.<sup>19, 32</sup> En 2019, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a effectué une analyse de l'environnement afin d'examiner comment les provinces et les territoires (PT) ont signalé à l'ASPC des premiers diagnostics et des cas de VIH diagnostiqués antérieurement.<sup>19</sup> Cela a été fait dans le but de mieux comprendre une variation notée dans la déclaration de cas de VIH entre les PT. L'étude comprenait une nouvelle analyse des données de surveillance du VIH faisant appel à une définition commune des résultats de tests séropositifs antérieurs. Avec l'élimination de ces cas diagnostiqués précédemment, l'ASPC a pu constater que plus de la moitié de l'augmentation documentée des cas de 2007 à 2017 s'expliquait par l'inclusion de ces cas diagnostiqués antérieurement. Par conséquent, en 2020, le système national de surveillance du VIH/sida (SSVS) a adopté une méthodologie de surveillance axée sur les premiers diagnostics afin de représenter plus précisément les tendances annuelles des diagnostics de VIH au Canada.<sup>19</sup> À partir de 2021, les données de surveillance du VIH de tous les PT différencient les cas diagnostiqués antérieurement des nouveaux diagnostics de VIH. Toutefois, toutes les juridictions n'ont pas été en mesure de fournir systématiquement des renseignements sur les cas diagnostiqués antérieurement pour les années antérieures à 2020 ([annexe 2](#)) et, par conséquent, certains cas diagnostiqués antérieurement peuvent rester dans l'ensemble de données national pour les années antérieures à 2020. Ces tendances signalées devraient être interprétées avec prudence.

Afin de mieux comprendre l'impact de la pandémie COVID-19 sur l'accès ou la prestation de services liés aux ITSS, le programme de surveillance améliorée du VIH et de l'hépatite C (aussi appelé Tracks) de l'ASPC a mené des enquêtes auprès des fournisseurs de services liés aux ITSS; des personnes issues des communautés africaines, caribéennes et noires (ACN); et des personnes qui consomment des drogues (PCD). Lorsqu'on leur a demandé des renseignements sur les services de dépistage du VIH, 43,9 % des répondants fournisseurs de services ont indiqué que l'accès aux services de dépistage du VIH avait diminué à un moment donné pendant la pandémie, et 30,8 % ont cessé de fournir ces services à un moment donné pendant la pandémie.<sup>7</sup> Ce manque de services disponibles alors que des mesures de santé publique pour prévenir la transmission de la COVID-19 étaient en place a particulièrement affecté les populations qui étaient déjà confrontées à des iniquités en matière de santé.

Parmi les répondants ACN et PCD, qui ont tenté d'avoir accès à des tests de dépistage du VIH, 40,5 % et 49,5 % ont indiqué avoir eu de la difficulté à accéder au service, respectivement.<sup>30, 33</sup> Ces populations ont également indiqué avoir eu de la difficulté à avoir accès à d'autres services de santé lorsqu'elles les ont demandés, y compris des services de counseling en santé mentale, des services communautaires, des renseignements et de l'éducation sur les ITSS, un interprète ou un navigateur des services de santé par les pairs, et une prophylaxie préexposition (PrPE) ou post-exposition (PPE).<sup>30, 33</sup> Les répondants à l'enquête sur les PCD ont également indiqué expressément avoir de la difficulté à accéder aux services de santé et de guérison autochtones et aux services de réduction des méfaits.<sup>33</sup> Les répondants l'ACN et PCD ont indiqué une augmentation des expériences de stigmatisation et de discrimination pendant la pandémie, les identifiant comme des obstacles à l'accès aux services de santé.<sup>30, 33</sup> Les personnes ayant indiqué qu'elles consommaient de la drogue, y compris de l'alcool ou du cannabis et qu'elles étaient « souvent » victimes de discrimination avant la pandémie ont indiqué la plus forte augmentation des cas de stigmatisation et de discrimination après le début de la pandémie.<sup>33</sup> Chez les personnes ACN, 66,4 % de celles qui ont eu accès aux soins depuis le début de la pandémie ont déclaré avoir été victimes d'une discrimination fondée sur la race, l'origine ethnique ou la couleur de la peau, et 31,2 % d'entre elles ont indiqué une augmentation de cette expérience depuis le début de la pandémie.<sup>30</sup> Les résultats de ces enquêtes démontrent certaines des perturbations liées à la pandémie dans l'accès à la prévention, au dépistage, au traitement et aux services de soins des ITSS. Ces perturbations au niveau des services de santé qui se sont produites en 2020, suivies par un accès renouvelé en 2021 à mesure que la pandémie avançait et que les restrictions étaient progressivement levées, pourraient expliquer en partie la baisse des nouveaux diagnostics de VIH en 2020 et l'augmentation en 2021.

Le déclin observé des diagnostics de VIH en 2020 et l'augmentation subséquente en 2021 sont compatibles avec la tendance observée dans d'autres pays. Une tendance similaire a été signalée au Royaume-Uni (R.-U.), les cas passant de 4 017 en 2019 à 2 673 en 2020, suivie d'une légère augmentation à 2 692 en 2021.<sup>34</sup> Les États-Unis ont déclaré une diminution de 17 % des diagnostics de VIH en 2020, le taux global ayant diminué pour passer de 11,1 pour 100 000 habitants en 2019 à 9,2 pour 100 000 habitants en 2020.<sup>35</sup> On a noté que cette diminution était probablement liée à des perturbations dans les services de soins cliniques, à l'hésitation à accéder à ces services et à des pénuries de matériel de dépistage du VIH résultant de la pandémie de COVID-19.

Par rapport aux homologues internationaux dotés de systèmes de surveillance du VIH comparables, le taux de diagnostic du VIH du Canada de 3,8 pour 100 000 habitants était inférieur à celui du Royaume-Uni, à 4,4 pour 100 000 habitants<sup>36</sup>, et de la France, à 5,2 pour 100 000 habitants<sup>36</sup>, mais continue d'être plus élevé que l'Australie (2,0 pour 100 000 habitants)<sup>37</sup>. Les quatre pays font état de premiers diagnostics, et tous ont constaté des diminutions en 2020. En 2021, l'Australie et la France ont déclaré une diminution continue des nouveaux diagnostics<sup>36, 37</sup> et le taux au R.-U. est resté constant<sup>36</sup> alors que le Canada a observé une augmentation des cas. Le R.-U. a également déclaré une augmentation du nombre de tests et de personnes recevant des soins en 2021, après avoir observé une diminution en 2020.<sup>38</sup> Toutefois, des données sur les années subséquentes sont nécessaires pour examiner les tendances au cours des étapes ultérieures de la pandémie et au-delà.

L'utilisation de mesures de prévention du VIH a également été affectée par la pandémie de COVID-19, y compris l'utilisation de la PrPE. Dans un examen de synthèse des études faisant

état de l'engagement en période de pandémie dans le continuum des soins de la PrPE, une majorité a révélé une diminution ou une interruption de l'adoption de la PrPE pendant la pandémie.<sup>39</sup> Bon nombre de ces études ont indiqué que l'adoption de la PrPE avait diminué en raison d'une probabilité d'acquisition du VIH perçue moins élevée, notamment la réduction des comportements sexuels et la diminution du nombre de partenaires sexuels.<sup>39</sup> Une étude menée auprès des participants d'une clinique de Toronto a révélé qu'au cours des six premiers mois de la pandémie, les patients étaient plus susceptibles d'interrompre l'utilisation de la PrPE qu'avant la pandémie, bien qu'au cours de la deuxième période de six mois de la pandémie, les patients n'étaient pas plus susceptibles d'interrompre l'utilisation de la PrPE qu'avant la pandémie.<sup>40</sup> L'étude n'a pas révélé si les patients, qui ont cessé d'utiliser la PrPE pendant la période pandémique initiale, ont recommencé à prendre le médicament.

Les obstacles signalés à l'accès aux services de santé liés aux ITSS et le retour à un accès plus typique qui s'ensuit peuvent expliquer les variations du nombre de tests de dépistage du VIH administrés au fil du temps. Par exemple, le Manitoba<sup>41</sup>, l'Ontario<sup>42</sup>, et la Colombie-Britannique<sup>43</sup> ont observé une diminution du nombre de tests de dépistage du VIH en 2020, suivie d'une augmentation en 2021. Bien que les répercussions de ces changements sur la transmission du VIH demeurent peu claires, des données probantes sur un effet apparaissent. Une étude de modélisation des États-Unis a simulé de quelle manière la pandémie de COVID-19 pourrait affecter les infections au VIH dans 32 régions métropolitaines américaines.<sup>44</sup> Ils ont estimé que les obstacles aux soins se prolongeaient, entraînant une réduction du dépistage du VIH, de l'utilisation de la PrEP et de la suppression virale entraîneraient environ 3 089 infections supplémentaires au VIH sur une période de cinq ans. Ces résultats concordent avec une étude canadienne ultérieure qui examine les tendances de la transmission du VIH dans les populations clés avant, pendant et après les mesures de santé publique.<sup>45</sup> Les résultats de cette étude ont montré une transmission accrue associée à un accès réduit aux services de santé chez les personnes qui utilisent des drogues par injection (PUDI) pendant la période initiale des restrictions relatives à la COVID-19.

La collecte de données sur la race et/ou l'origine ethnique et d'autres caractéristiques sociales est un élément clé de la reconnaissance des disparités dans l'accès aux soins de santé ainsi que de la compréhension du fardeau disproportionné du VIH pour certaines populations.<sup>26</sup> Malheureusement, la proportion de cas en 2021 pour lesquels des données sur la race ou l'origine ethnique étaient disponibles a resté faible à 45,3 %. 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, il y a des différences dans la façon dont les renseignements sur la race ou l'origine ethnique sont recueillis dans les provinces et territoires. Cette importante lacune en matière de données empêche les utilisateurs des données de surveillance du VIH de déterminer avec précision les disparités dans le fardeau du VIH dans certaines populations et de comprendre l'ampleur des besoins de prévention et de soins pour ces populations. L'un des objectifs du travail d'examen et de renouvellement actuellement mené par le programme national de surveillance du VIH est d'améliorer la collecte de données fondées sur la race grâce à la collaboration continue avec les fournisseurs de données provinciaux, territoriaux et fédéraux et en collaboration avec les membres des communautés, les organismes et d'autres utilisateurs de données. Cela comprend notamment de tenir des consultations permanentes avec le Groupe de travail d'experts des communautés noires et de s'efforcer d'établir des liens similaires avec d'autres communautés.

La catégorie d'exposition de contacts sexuels entre hommes a continué de représenter plus de la moitié (54,2 %) de tous les diagnostics chez les hommes, ce qui est semblable à ce qui a été observé les années précédentes. Bien que l'impact des changements, liés à la pandémie de COVID-19, sur la transmission du VIH demeure incertaine, des données probantes sur un effet émergent. Une étude sur les hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (gbHARSAH) menée à Vancouver a révélé une interruption accrue de l'utilisation de la PrPE entre septembre 2020 et avril 2021 par rapport à une période similaire avant la pandémie.<sup>46</sup> D'autres études ont indiqué qu'un obstacle majeur à l'accès à la PrPE était l'exigence de services en personne, comme les prélèvements sanguins, qui avait des effets disproportionnés selon le lieu, l'âge et la racisation.<sup>47</sup> En ce qui concerne les autres catégories d'exposition, la proportion de cas chez les hommes attribuables au contact hétérosexuel (24,0 %) a augmenté de 2018 à 2021, et la proportion attribuable à l'utilisation de drogues injectables (15,9 %) a augmenté de 2016 à 2021. Il convient également de noter que la pandémie a eu des répercussions importantes sur les services de prévention du VIH, comme 80,6 % des personnes qui consomment des substances déclarant avoir de la difficulté à accéder aux services de réduction des méfaits.<sup>48</sup>

À l'instar des années précédentes, les contacts hétérosexuels (60,4 %) et l'utilisation de drogues par injection (38,3 %) sont les catégories d'exposition les plus courantes chez les femmes. L'augmentation des proportions attribuables aux deux catégories d'exposition entre 2019 et 2021 peut être un artefact statistique en raison de l'élimination de ceux qui ont été diagnostiqués à l'extérieur du pays de la catégorie d'exposition « Autres » (faisant partie du changement méthodologique aux premiers diagnostics en 2020).

En 2021, les migrations ont augmenté et ont même dépassé les niveaux pré-pandémiques, le Canada accueillant 406 026 migrants, soit plus du double du nombre d'arrivées en 2020.<sup>49</sup> Des augmentations similaires ont également été déclarées au Royaume-Uni<sup>50</sup> et en Australie.<sup>51</sup> Une augmentation correspondante a été observée dans le nombre de cas de VIH recensés par les EMI internationaux au Canada, qui est passé de 344 en 2020 à 412 en 2021. À l'appui de l'idée selon laquelle l'augmentation des volumes était l'un des principaux moteurs de l'augmentation des cas de VIH recensés par les EMI, IRCC a fait remarquer que, dans le cas des EMI menés au Canada, la proportion des EMI ayant reçu un diagnostic de VIH a en fait diminué en 2021 par rapport à 2019 et 2020.

La transmission périnatale du VIH au Canada demeure faible, et seulement deux infections périnatales ont été signalées en 2021. Les deux personnes qui ont donné naissance à ces nourrissons n'avaient pas reçu de traitement par l'intermédiaire d'un schéma antirétroviral disponible. La pandémie de COVID-19 a également eu un impact sur la transmission périnatale. Les analyses effectuées par le PSPVC ont indiqué qu'il y avait une augmentation de la transmission périnatale, à partir des transmissions qui ont eu lieu chez 1,3 % des nourrissons exposés entre 2015 et 2019, par rapport à 3,2 % en 2020.<sup>52</sup> Les personnes qui étaient enceintes et qui avaient contracté le VIH par l'utilisation de drogues injectables (UDI) présentaient la plus grande probabilité de transmission périnatale en raison d'un traitement sous-optimal.<sup>52</sup>

Malgré les progrès réalisés en matière de prévention et de traitement, le VIH demeure un fardeau important pour la santé au Canada, avec 1 469 décès attribuables au VIH entre 2013 et 2021. Ce fardeau est assumé de façon disproportionnée par les communautés qui font face à d'autres obstacles systémiques à l'équité, par exemple les populations issues



de communautés noires étant exposées à un risque de décès par VIH nettement plus élevé que les populations blanches – 5 fois et 21 fois plus chez les hommes et les femmes respectivement.<sup>53</sup> Bien que les estimations montrent que le Canada a atteint deux des trois cibles de [l'ONUSIDA 90-90-90](#) pour réduire le fardeau du VIH dans l'ensemble de la population, il reste des lacunes qui nécessitent une intervention plus poussée. En tant que pays, le Canada n'a pas encore atteint la deuxième cible de 90, et seulement 87 % des personnes atteintes du VIH reçoivent un traitement.<sup>6</sup> Plusieurs provinces travaillent également à atteindre les cibles de diagnostic, de traitement et de suppression virale.<sup>6</sup> Au niveau national, les cibles 90-90-90 ne sont pas encore atteintes pour les femmes et plusieurs populations touchées de façon disproportionnée par le VIH, notamment les populations des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des personnes qui utilisent des drogues injectables.<sup>6</sup> La disponibilité de données de surveillance précises aide les régions et les communautés, qui supportent un plus gros fardeau du VIH, à élaborer et à mettre en œuvre des programmes et des politiques de prévention et de soins adaptés à leurs besoins particuliers. Il a été démontré que les interventions qui répondent aux objectifs 90-90-90, comme le dépistage, le commencement du traitement antirétroviral (TAR) et la rétention dans les soins, ont donné des résultats. Une étude menée en Colombie-Britannique a estimé qu'une combinaison soutenue de ces interventions entraînerait une réduction de 12,8 % de l'incidence cumulative du VIH et une réduction de 4,7 % du nombre de décès chez les personnes vivant avec le VIH dans cette province.<sup>54</sup> À l'approche de l'échéance de 2030 pour la réalisation des cibles actualisés [95-95-95 de l'ONUSIDA](#), des données de surveillance précises et complètes permettront d'allouer des ressources là où elles auront le plus d'impact, au fur et à mesure que le Canada mettra fin à son épidémie de VIH.<sup>14</sup>

## Points forts

Ce rapport présente un profil épidémiologique des nouveaux diagnostics de VIH au Canada, y compris un aperçu détaillé de l'infection par le VIH chez les migrants au Canada, de la transmission périnatale et de la mortalité liée au VIH. Il s'agit également du premier rapport national de surveillance à présenter des premiers diagnostics pour les treize provinces et territoires, présentant des renseignements sur ces diagnostics selon l'âge, le sexe, la catégorie d'exposition et la race ou l'origine ethnique. D'autres provinces et territoires ont également mis à jour leurs données historiques en recensant et en excluant les cas diagnostiqués de 2012 à 2019. Le changement apporté ces dernières années pour mettre l'accent sur les premiers diagnostics permet de mieux comprendre la transmission nationale du VIH au Canada et de mieux comparer les données internationales avec celles de pays comme le Royaume-Uni et l'Australie.



## Limites

Les limites du rapport de surveillance ont été précédemment détaillées<sup>5, 21, 55</sup> et elles incluent une faible exhaustivité des renseignements sur la race ou l'origine ethnique; l'absence de renseignements sur les éléments de données, comme l'identité de genre, ou la collecte incohérente de ces éléments; et la variation dans la déclaration des cas précédemment diagnostiqués dans les données historiques (avant 2019).

Toute interprétation et toute utilisation des données sur la race ou l'origine ethnique présentées dans le présent rapport devraient être examinées avec soin étant donné que ces données sont peu complètes. Il est peu probable que les données actuelles sur la race ou l'origine ethnique fournissent une représentation exacte de la situation nationale de la race ou de l'origine ethnique chez les personnes vivant avec le VIH, car ces données ne sont pas disponibles pour près des deux tiers des cas nouvellement diagnostiqués.

L'information sur les identités trans et non binaires est également très limitée, car les données actuelles ne comprennent que des catégories binaires de sexe (masculin ou féminin) sans données sur l'identité de genre. Dans son état actuel, le système de surveillance du VIH ne reflète pas notre compréhension changeante du sexe, de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle.<sup>56</sup> SVSS travaille activement à améliorer sa collecte de données et ses rapports afin de mieux représenter les communautés de diverses identités de genre.

En 2021, la pandémie de COVID-19 a peut-être continué d'entraîner des répercussions sur les données de surveillance – augmentation de la charge de travail des organismes de santé publique et retards dans le dépistage du VIH, la collecte de données et la déclaration. 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 pu déclarer les premiers diagnostics de VIH séparément des cas diagnostiqués antérieurement, certaines provinces et certains territoires n'ont pas pu fournir cette information de façon cohérente de 2012 à 2019. Pour cette raison, toutes les tendances antérieures à 2020 doivent être interprétées avec prudence. Le dédoublement et l'identification des premiers diagnostics sont effectués au niveau des PT et, en raison des défis du dédoublement et des limites des systèmes des PT, il est possible qu'il y ait encore des doublons ou des cas déjà diagnostiqués dans les données. On s'attend à ce qu'il y ait une amélioration graduelle par l'élimination des cas diagnostiqués antérieurement de l'ensemble de données national au fil du temps. Ce rapport ne présente que des données de diagnostic, qui ne représentent pas le nombre réel de nouvelles infections au VIH (incidence) ou le nombre total de personnes vivant avec le VIH (prévalence) au Canada en 2021. Les données incluses dans ce rapport de surveillance doivent également être considérées comme provisoires, les données de surveillance nationales étant mises à jour chaque année. S'il existe des divergences entre les données résumées dans ce rapport et les rapports provinciaux ou territoriaux, il faut utiliser le rapport provincial ou territorial le plus récent.

# Conclusion

Le nombre et le taux de premiers diagnostics de VIH au Canada ont augmenté en 2021 par rapport à 2020, mais ils n'ont pas retrouvé les taux observés avant la pandémie de COVID-19. L'augmentation observée en 2021 peut s'expliquer en partie par un accès renouvelé au dépistage du VIH. On ignore toujours l'incidence de la pandémie de COVID-19 et de ses effets durables sur l'épidémiologie du VIH dans les années à venir. Les données sur la surveillance du VIH aident à suivre les progrès réalisés par rapport au Cadre d'action pancanadien sur les ITSS et au Plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les ITSS, ainsi que les progrès du Canada vers les cibles internationales d'élimination (les 95-95-95). Les tendances en matière de diagnostics nationaux peuvent servir à orienter 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 la surveillance du VIH et de mieux répondre aux besoins de preuves de surveillance et de faire des progrès en vue d'intégrer les perspectives communautaires et de produire des produits d'application des connaissances plus adaptés à la culture et plus utiles.

# Tableaux de données

**Tableau de données 1** : Nombre de premiers diagnostics de VIH et taux de diagnostic global, par sexe et par année, Canada, 2012 à 2021<sup>a</sup>

Année du diagnostic	Total des diagnostics	Taux global pour 100 000	Hommes diagnostics <sup>a</sup>	Hommes taux pour 100 000	Femmes diagnostics <sup>a</sup>	Femmes taux pour 100 000
2012	1 797	5,2	1 391	8,1	402	2,3
2013	1 838	5,2	1 458	8,4	374	2,1
2014	1 757	5,0	1 358	7,7	391	2,2
2015	1 767	4,9	1 363	7,7	400	2,2
2016	1 860	5,2	1 416	7,9	434	2,4
2017	1 819	5,0	1 413	7,8	401	2,2
2018	1 848	5,0	1 356	7,4	489	2,6
2019	1 759	4,7	1 239	6,6	513	2,7
2020	1 322	3,5	940	5,0	374	2,0
2021	1 466	3,8	1 049	5,5	406	2,1

<sup>a</sup> Exclut les cas où le sexe a été déclaré comme 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 habitants), par province ou territoire, Canada, 2021<sup>a,b</sup>

Province	Nombre de diagnostics	Taux de diagnostic du VIH (pour 100 000 habitants)
Alberta	179	4,0
Région de l'Atlantique	32	1,5
Colombie-Britannique	150	2,9
Manitoba	145	10,5
Ontario	485	3,3
Québec	239	2,8
Saskatchewan	240	20,3
Territoires	2	1,6

<sup>a</sup> Les taux pour les territoires (Yukon, Nunavut et Territoires du Nord-Ouest) et la région de l'Atlantique (Île-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador) sont présentés sous forme de moyennes. Source des données sur la population : Statistiques démographiques annuelles, Division des études démographiques, Statistique Canada, 1<sup>er</sup> juillet 2021

<sup>b</sup> Pour l'Alberta, la déclaration nationale exclut les cas de VIH où le lieu de la première séropositivité a été identifié comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante. Par conséquent, les totaux des cas de VIH de l'ASPC peuvent différer de ceux déclarés par l'Alberta.

**Tableau de données 3** : Nombre et taux de premiers diagnostics de VIH (pour 100 000 habitants), par sexe et groupe d'âge, Canada, 2021<sup>a</sup>

Groupe d'âge	Hommes		Femmes	
	Nombre de diagnostics	Taux pour 100 000	Nombre de diagnostics	Taux pour 100 000
Enfants < 15 ans	1	0,0	4	0,1
15 à 19 ans	12	1,1	13	1,3
20 à 29 ans	274	10,4	108	4,4
30 à 39 ans	327	12,1	133	5,0
40 à 49 ans	202	8,3	74	3,0
≥ 50 ans	230	3,2	71	0,9

Abréviation : <, moins de

<sup>a</sup> Exclut les cas où le sexe a été déclaré comme 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 habitants) par groupe d'âge et par année, Canada, 2012 à 2021<sup>a,b</sup>

Groupe d'âge	Année du diagnostic																			
	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux
Enfants < 15 ans	11	0,2	20	0,4	6	0,1	9	0,2	10	0,2	14	0,2	18	0,3	10	0,2	2	0,0	5	0,1
15 à 19 ans	33	1,5	32	1,5	30	1,4	33	1,6	40	1,9	35	1,7	36	1,7	31	1,5	24	1,1	25	1,2
20 à 29 ans	437	9,2	430	8,9	395	8,2	498	10,3	472	9,7	459	9,3	475	9,5	465	9,1	359	7,0	388	7,6
30 à 39 ans	540	11,6	560	11,8	568	11,8	475	9,8	556	11,3	574	11,5	559	11,0	552	10,6	434	8,2	463	8,6
40 à 49 ans	486	9,6	442	8,9	393	8,1	379	7,9	381	8,0	388	8,1	384	8,0	351	7,3	245	5,0	277	5,7
≥ 50 ans	290	2,3	352	2,8	363	2,8	372	2,8	399	2,9	346	2,5	374	2,6	349	2,4	256	1,8	301	2,0

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

<sup>a</sup> Exclut les cas où l'âge n'est pas déclaré ou est inconnu.

<sup>b</sup> Source des données sur la population : Statistiques démographiques annuelles, Division des études démographiques, Statistique Canada, 1er juillet 2021

**Tableau de données 5a** : Répartition en pourcentage des premiers diagnostics de VIH chez les adultes ( $\geq 15$  ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2012 à 2021<sup>a-c</sup>

Catégorie d'exposition	Année de diagnostic																			
	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Contacts sexuels entre hommes	823	50,6	865	51,8	796	51,0	777	48,8	801	48,5	753	46,5	715	45,0	643	43,1	451	42,0	471	39,7
Contacts sexuels entre hommes et d'utilisation de drogues injectables	30	1,8	44	2,6	44	2,8	46	2,9	53	3,2	35	2,2	49	3,1	49	3,3	27	2,5	44	3,7
Utilisation de drogues injectables	222	13,6	198	11,8	195	12,5	229	14,4	216	13,1	235	14,5	267	16,8	263	17,6	239	22,2	259	21,9
Contact hétérosexuel	491	30,2	492	29,4	433	27,8	478	30,0	500	30,3	514	31,7	489	30,8	453	30,4	345	32,1	400	33,8
Autre <sup>c</sup>	62	3,8	72	4,3	92	5,9	61	3,8	80	4,8	83	5,1	68	4,3	84	5,6	13	1,2	11	0,9

**Abréviations:** n = nombre

<sup>a</sup> 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.

<sup>b</sup> Source des données démographiques : Statistiques démographiques annuelles, Division de la démographie, Statistique Canada, 1er juillet 2021

<sup>c</sup> Autre comprend le sang/produits sanguins, l'exposition périnatale, l'exposition professionnel, IRCC/l'exposition DAE (Alberta), et d'autres catégories d'exposition.

**Tableau de données 5b** : Répartition en pourcentage des premiers diagnostics de VIH chez les hommes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2012 à 2021<sup>a-d</sup>

Catégorie d'exposition	Année de diagnostic																			
	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Contact sexuels entre hommes</b>	823	64,7	865	65,0	796	64,9	777	62,9	801	63,2	753	60,0	714	60,9	639	59,7	451	58,0	469	54,2
<b>Contact sexuels entre hommes et d'utilisation de drogues injectables</b>	30	2,4	44	3,3	44	3,6	46	3,7	53	4,2	35	2,8	49	4,2	49	4,6	27	3,5	44	5,1
<b>Utilisation de drogues injectables</b>	131	10,3	123	9,2	111	9,1	133	10,8	117	9,2	142	11,3	146	12,4	127	11,9	120	15,4	138	15,9
<b>Contact hétérosexuel</b>	252	19,8	261	19,6	222	18,1	248	20,1	256	20,2	280	22,3	227	19,4	219	20,4	170	21,9	208	24,0
<b>Autre<sup>d</sup></b>	37	2,9	37	2,8	53	4,3	32	2,6	40	3,2	46	3,7	37	3,2	37	3,5	9	1,2	7	0,8

**Abréviations:** n = nombre

<sup>a</sup> Exclut les cas où le sexe a été déclaré comme transgenre, ou les cas où le sexe n'a pas été déclaré.

<sup>b</sup> 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.

<sup>c</sup> Source des données démographiques : Statistiques démographiques annuelles, Division de la démographie, Statistique Canada, 1er juillet 2021

<sup>d</sup> Autre comprend le sang/produits sanguins, l'exposition périnatale, l'exposition professionnel, IRCC/l'exposition DAE (Alberta), et d'autres catégories d'exposition.

**Tableau de données 5c** : Répartition en pourcentage des premiers diagnostics de VIH chez les femmes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2012 à 2021<sup>a-d</sup>

Catégorie d'exposition	Année de diagnostic																			
	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Utilisation de drogues injectables</b>	91	25,6	74	21,8	82	24,8	96	27,1	99	25,9	92	25,4	121	29,2	136	32,7	119	40,2	121	38,3
<b>Contact hétérosexuel</b>	239	67,3	230	67,8	209	63,3	230	65,0	243	63,6	233	64,4	262	63,3	233	56,0	173	58,4	191	60,4
<b>Autre<sup>d</sup></b>	25	7,0	35	10,3	39	11,8	28	7,9	40	10,5	37	10,2	31	7,5	47	11,3	4	1,4	4	1,3

**Abréviations:** n = nombre

- <sup>a</sup> Exclut les cas où le sexe a été déclaré comme transgenre, ou les cas où le sexe n'a pas été déclaré.
- <sup>b</sup> 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.
- <sup>c</sup> Source des données démographiques : Statistiques démographiques annuelles, Division de la démographie, Statistique Canada, 1er juillet 2021
- <sup>d</sup> Autre comprend le sang/produits sanguins, l'exposition périnatale, l'exposition professionnel, IRCC/l'exposition DAE (Alberta), et d'autres catégories d'exposition.

**Tableau de données 6** : Proportion de premiers diagnostics de VIH déclarés ( $\geq 15$  ans), par catégorie d'exposition et groupe d'âge, Canada, 2021<sup>a-d</sup>

Groupe d'âge	Contacts sexuels entre hommes		Contacts sexuels entre hommes et d'utilisation de drogues injectables		Utilisation de drogues injectables		Contact hétérosexuel		Autre <sup>d</sup>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15 à 19 ans	5	23,8	0	0,0	4	19,0	12	57,1	0	0,0
20 à 29 ans	156	49,2	18	5,7	69	21,8	72	22,7	2	0,6
30 à 39 ans	153	39,6	16	4,1	94	24,4	121	31,3	2	0,5
40 à 49 ans	73	32,7	5	2,2	52	23,3	89	39,9	4	1,8
$\geq 50$ ans	84	35,3	5	2,1	40	16,8	106	44,5	3	1,3

**Abréviations:** n = nombre;  $\geq$ , supérieur ou égal à

<sup>a</sup> Exclut les cas où l'âge n'est pas déclaré ou est inconnu.

<sup>b</sup> 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.

<sup>c</sup> Source des données démographiques : Statistiques démographiques annuelles, Division de la démographie, Statistique Canada, 1er juillet 2021

<sup>d</sup> Autre comprend le sang/produits sanguins, l'exposition périnatale, l'exposition professionnel, IRCC/l'exposition DAE (Alberta), et d'autres catégories d'exposition.



**Tableau de données 7** : 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'une thérapie antirétrovirale (TAR) à des fins prophylactiques, 1984 à 2021<sup>a,b,c</sup>

	Année de naissance									
	1984 à 2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
<b>Pas de prophylaxie périnatale par TAR</b>										
<b>Confirmé vivant avec le VIH</b>	663	5	11	5	5	5	2	2	2	<b>700</b>
Asymptomatique	58	3	5	3	2	3	2	1	1	78
Symptomatique	8	1	2	1	0	0	0	0	0	12
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 <sup>a</sup>	206	1	4	1	3	2	0	1	1	219
Soins aux adultes <sup>b</sup>	281	0	0	0	0	0	0	0	0	281
<b>Confirmé ne vivant pas avec le VIH</b>	508	5	6	10	10	6	4	4	2	<b>555</b>
<b>Statut VIH non confirmé</b>	26	0	0	0	0	0	0	1	0	<b>27</b>
Indéterminé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Perdu de vue <sup>c</sup>	26	0	0	0	0	0	0	1	0	27
<b>Sous-total</b>	<b>1 197</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>1 282</b>
<b>Toute prophylaxie périnatale par TAR</b>										
<b>Confirmé vivant avec le VIH</b>	29	1	2	0	1	2	0	2	0	<b>37</b>
Asymptomatique	8	0	1	0	0	0	0	0	0	9
Symptomatique	2	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Décédé du sida	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Décédé d'une autre cause	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Perdu de vue <sup>a</sup>	11	1	1	0	1	2	0	1	0	17
Soins aux adultes <sup>b</sup>	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6
<b>Confirmé ne vivant pas avec le VIH</b>	2 846	239	228	247	238	256	237	231	161	<b>4 683</b>
<b>Statut VIH non confirmé</b>	26	0	4	3	4	9	10	10	41	<b>107</b>
Indéterminé	0	0	0	0	0	0	0	0	39	39
Perdu de vue <sup>c</sup>	26	0	4	3	4	9	10	10	2	68
<b>Sous-total</b>	<b>2 901</b>	<b>240</b>	<b>234</b>	<b>250</b>	<b>243</b>	<b>267</b>	<b>247</b>	<b>243</b>	<b>202</b>	<b>4 827</b>
<b>Exposition à la prophylaxie TAR périnatale inconnue</b>	47	3	2	3	1	2	4	4	4	<b>70</b>
<b>Total</b>	<b>4 145</b>	<b>253</b>	<b>253</b>	<b>268</b>	<b>259</b>	<b>280</b>	<b>257</b>	<b>254</b>	<b>210</b>	<b>6 179</b>

**Sources des données** : Données du PSPVC reçues le 31 mars 2022

**Abréviations** : sida, syndrome d'immunodéficience acquise; ART, thérapie antirétrovirale

<sup>a</sup> 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.

<sup>b</sup> Il s'agit des sujets qui étaient âgés de 18 ans ou plus à la fin de 2021 et qui ont été transférés vers des soins pour adultes.

<sup>c</sup> Inclut également les nourrissons qui sont décédés avant que le statut ne soit terminé.

**Tableau de données 8** : Nombre et répartition en pourcentage des candidats à l'immigration au Canada ayant reçu un diagnostic de VIH à la suite d'un examen médical aux fins d'immigration (EMI), selon l'année et le lieu du test, 2012 à 2021 <sup>a,b,c</sup>

Year	Testé au Canada <sup>a</sup>		Testé à l'étranger <sup>b</sup>	
	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	% <sup>c</sup>	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	% <sup>c</sup>
2012	243	63,4	140	36,6
2013	422	67,7	201	32,3
2014	345	67,9	163	32,1
2015	350	63,6	200	36,4
2016	418	55,7	333	44,3
2017	549	65,7	286	34,3
2018	696	67,8	330	32,2
2019	626	52,7	562	47,3
2020	399	53,7	344	46,3
2021	453	52,4	412	47,6
<b>Total</b>	<b>4 501</b>	<b>60,2</b>	<b>2 971</b>	<b>39,8</b>

**Source** : 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 2022. Reproduit et distribué avec la permission d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.

<sup>a</sup> Pour les candidats testés au Canada, l'année correspond à l'année du test.

<sup>b</sup> Pour les candidats testés à l'étranger, l'année correspond à l'année où le candidat est arrivé au Canada.

<sup>c</sup> Les pourcentages font référence à la proportion de la catégorie parmi tous les tests VIH positifs à la suite d'un EMI rapportés pour l'année particulière précisée.

**Tableau de données 9** : Nombre et répartition en pourcentage des candidats à l'immigration au Canada ayant reçu un diagnostic de VIH à la suite d'un examen médical aux fins d'immigration (EMI), selon le lieu du test, le sexe, le groupe d'âge et la province, 2012 à 2021<sup>a,b,c,d,e,f</sup>

	Testé au Canada <sup>a</sup> 2012 à 2021		Testé à l'étranger 2012 à 2021	
	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	%	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	%
<b>Sexe<sup>b</sup></b>				
Hommes	2 650	58,9 %	1 562	55,3 %
Femmes	1 848	41,1 %	1 264	44,7 %
<b>Groupe d'âge<sup>c</sup></b>				
<20	65	1,4 %	178	6,3 %
20 à 29	845	18,8 %	777	27,4 %
30 à 39	1 751	38,9 %	996	35,2 %
40 à 49	1 158	25,7 %	504	17,8 %
50 ou plus	682	15,2 %	376	13,3 %
<b>Province<sup>c,d,e</sup></b>				
AB	415	9,2 %	395	14,5 %
C.-B.	384	8,5 %	308	11,3 %
MB	56	1,2 %	158	5,8 %
ON	2 396	53,2 %	963	35,4 %
QC	1 156	25,7 %	654	24,1 %
SK	54	1,2 %	92	3,4 %
Provinces de l'Atlantique <sup>f</sup>	39	0,9 %	140	5,2 %
Territoires <sup>f</sup>	1	0,0 %	8	0,3 %

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

<sup>b</sup> Exclut les cas où le sexe a été déclaré comme transgenre ou les cas où le sexe n'a pas été déclaré.

<sup>c</sup> Exclut les cas où l'âge n'est pas déclaré ou est inconnu.

<sup>d</sup> 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.

<sup>e</sup> Exclut les cas où la province est inconnue ou non déclarée.

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

**Tableau de données 10** : Statistiques internationales des cas de VIH déclarés par pays, 2021<sup>a</sup>

Pays	Nombre cumulé jusqu'en 2021 <sup>a</sup>	Nombre déclaré en 2021	Taux tous âges pour 100 000 habitants en 2021
<b>Amérique du Nord et Australie</b>			
Canada	89 084	1 466	3,8
États-Unis	ND	36 087	ND
Australie	41 086	552	2,2
<b>Europe de l'Ouest</b>			
Autriche	10 648	175	2
Andorre	96	ND	ND
Belgique	33 941	781	6,8
Danemark	8 298	137	2,3
Finlande	4 509	163	2,9
France	101 092	3 513	5,2
Allemagne	76 049	2 234	2,7
Grèce	17 226	526	4,9
Islande	505	20	5,4
Irlande	10 714	403	8
Israël	11 285	404	4,5
Italie	53 126	1 770	3,0
Luxembourg	2 035	54	8,5
Malte	712	45	8,7
Pays-Bas	29 707	396	2,3
Norvège	6 893	102	1,9
Portugal	61 958	ND	ND
Saint-Marin	93	0	0,0
Espagne	63 515	2 785	5,9
Suède	14 211	352	3,4
Suisse	37 438	315	3,6
Royaume-Uni	171 254	2 955	4,4

**Abréviation** : ND, non déclaré

<sup>a</sup> 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. « Core indicators for monitoring the Ending the HIV Epidemic initiative \(preliminary data\): National HIV Surveillance System data reported through September 2022; and preexposure prophylaxis \(PrEP\) data reported through June 2022 », HIV Surveillance Data Tables 2022; vol. 3, n° 4. Publié en décembre 2022. Consulté le 16 janvier 2023. 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 6 territoires dépendants des États-Unis \(les Samoa américaines, Guam, les îles Mariannes du Nord, Porto Rico, la République des Palaos et les îles Vierges américaines\). \(en anglais seulement\)](#)
- [King, J., H. McManus, A. Kwon, R. Gray et S. McGregor. 2022. « HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: Annual surveillance report 2022 », The Kirby Institute, UNSW Sydney, Sydney, Australie. \(en anglais seulement\)](#)
- [European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2022 – 2021 data. Copenhague : Bureau régional de l'Europe de l'OMS; 2022. Consulté le 16 janvier 2023. \(en anglais seulement\)](#)

# Tableaux supplémentaires

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

## Liste des tableaux supplémentaires

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

**Tableau 2** : Nombre de cas de VIH (tous les âges) par province ou territoire, sexe et année de diagnostic, Canada, 1985 à 2021

**Tableau 3** : Nombre de cas de VIH par groupe d'âge et par province ou territoire, Canada, 2020 à 2021

**Tableau 4** : Nombre de cas de VIH chez les adultes ( $\geq 15$  ans) par année de diagnostic et par sexe, Canada, 1985 à 2021

**Tableau 5** : Nombre de cas de VIH et taux de diagnostic du VIH par groupe d'âge, sexe et année de diagnostic, Canada, 1985 à 2021

**Tableau 6** : Répartition et pourcentage des cas de VIH chez les adultes ( $\geq 15$  ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 1985 à 2021

**Tableau 7** : Répartition et pourcentage des cas de VIH chez les hommes adultes ( $\geq 15$  ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 1985 à 2021

**Tableau 8** : Répartition et pourcentage des cas de VIH chez les femmes adultes ( $\geq 15$  ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 1985 à 2021

**Tableau 9** : Répartition et pourcentage des cas de VIH chez les adultes ( $\geq 15$  ans), par catégorie d'exposition et groupe d'âge, Canada, 2020 à 2021

**Tableau 10** : Répartition et pourcentage des cas de VIH chez les enfants ( $< 15$  ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 1985 à 2021

**Tableau 11** : Nombre de cas de VIH par catégorie d'exposition et par province ou territoire, Canada, 2020 à 2021

**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, 2012 à 2021

**Tableau 13** : Nombre et répartition en pourcentage des candidats à l'immigration au Canada ayant reçu un diagnostic de VIH à la suite d'un examen médical d'immigration (EMI), selon le sexe, le groupe d'âge et la province, 2012 à 2021

**Tableau 14** : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale, par catégorie d'exposition de la personne qui leur a donné naissance et année de naissance du nourrisson, 1984 à 2021

**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 2021

**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 2021

**Tableau 17** : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale selon le statut ethnique et le statut VIH, 1984 à 2021

**Tableau 18** : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale par pays de naissance de la personne qui était enceinte et statut VIH, 1984 à 2021

# Annexe 1 : Contributeurs de données

## Provincial et territorial

### [Alberta Health](#) (en anglais seulement)

23<sup>e</sup> étage, ATB Place  
10025, avenue Jasper  
Edmonton (Alberta) T5J 1S5

### [BC Centre for Disease Control](#)

(en anglais seulement)  
655, 12<sup>e</sup> Avenue Ouest  
Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 4R4

### [Santé Manitoba](#)

4<sup>e</sup> 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

### [Newfoundland and Labrador Department of Health and Community Services](#)

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<sup>e</sup> étage, Tour Centre Square  
5022-49<sup>e</sup> rue  
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)  
X1A 2L9

### [Ministère de la santé et du mieux-être de la Nouvelle-Écosse](#)

Tour Barrington  
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

### [Laboratoire de Santé publique Ontario](#)

661, av. University, bureau 1701  
Toronto (Ontario) M5G 1M1

### [Santé publique Ontario](#)

661, av. University  
Toronto (Ontario) M5G 1V2

### [Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard](#)

16, rue Fitzroy, 2<sup>e</sup> étage  
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)  
C1A 7N8

### [Laboratoire de santé publique du Québec INSPQ](#)

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

### [Ministère de la Santé de la Saskatchewan](#)

3475, rue Albert, 1<sup>er</sup> étage  
Regina (Saskatchewan) S4S 6X6

### [Ministère de la Santé et des Services sociaux 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

### [Groupe canadien de recherche pédiatrique et périnatale sur le VIH/sida](#)

CHU Sainte-Justine Research Centre  
3175, Côte-Sainte-Catherine, Room 3713  
Montréal QC H3T 1C5



## 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 à l'échelle nationale \(canada.ca\)](#).

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 du sida sont différentes à travers le pays. Par le passé, il y avait également des variations dans la déclaration des premiers diagnostics du VIH et des diagnostics antérieurs, et tous les cas étaient désignés comme « nouvellement déclarés » dans les rapports précédents. La capacité de distinguer les premiers diagnostics des cas déjà diagnostiqués varie selon la province et le territoire et selon l'année de surveillance. Veuillez-vous référer à la « **Figure A1 : État des rapports sur les premiers diagnostics et les cas déjà diagnostiqués dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2012 à 2021** » 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.

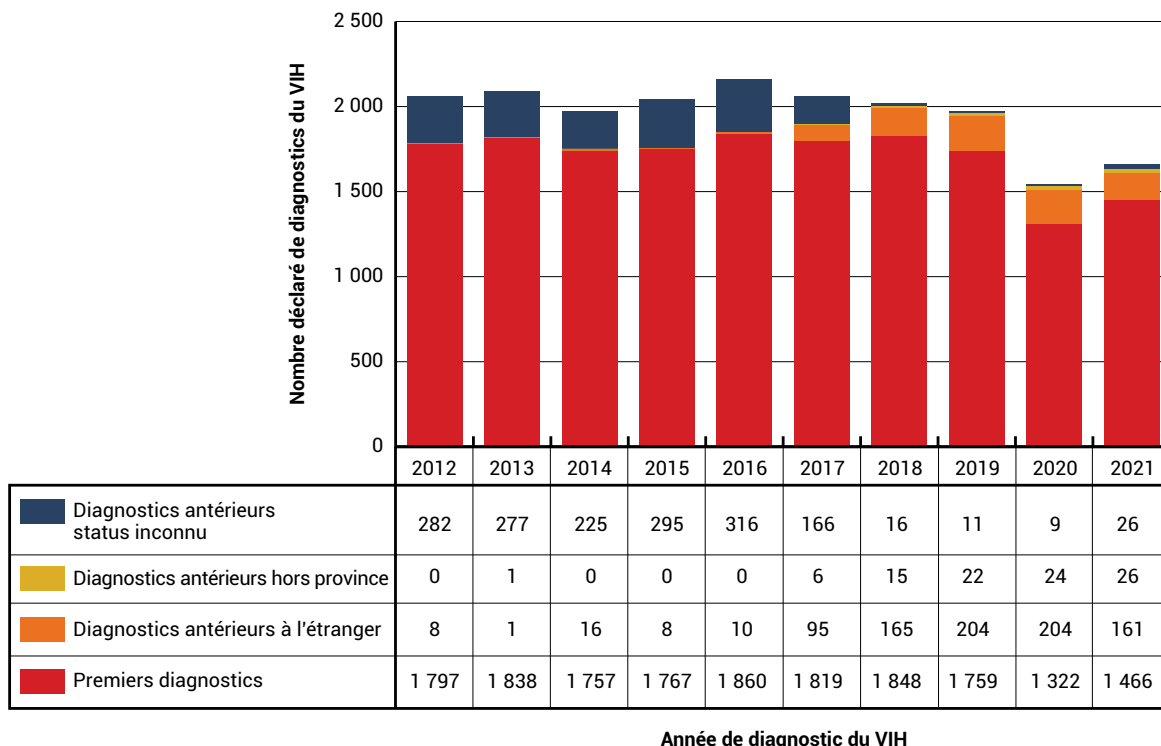
**Figure A1** : État de la déclaration des premiers diagnostics et des cas déjà diagnostiqués dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2012 à 2021

Province ou Territoire	Année									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Alberta	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O
Colombie-Britannique	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Manitoba	N	N	N	N	N	N	N	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	N	N	N	O	O
Nouvelle-Écosse	N	N	N	N	N	N	O	O	O	O
Nunavut	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O
Ontario	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Île-du-Prince-Édouard	N	N	N	N	N	N	N	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	N	N	N	O	O

### Légende :

- O = Oui – Les données de cas représente les premières diagnostics
- N = Non – Les données de cas incluent les diagnostics de VIH fait à l'étranger/hors de province désagrèges.

**Figure A2** : Tous les cas de VIH déclarés (y compris les premiers diagnostics de VIH et les cas déjà diagnostiqués) par année de diagnostic, Canada, 2012 à 2021<sup>a,b,c,d,e</sup>



- <sup>a</sup> Les cas diagnostics antérieurs hors province et les cas diagnostics antérieurs à l'étranger n'étaient pas inclus dans les ensembles de données de la Colombie-Britannique et de l'Ontario.
- <sup>b</sup> En 2019, la Saskatchewan déclare seulement les cas diagnostiqués pour la première fois en fonction de l'année de dépistage, qui est l'année de déclaration pour ce cas de VIH. Les cas déjà diagnostiqués provenant d'autres administrations à l'extérieur de la Saskatchewan (y compris les DAE) sont consignés dans la base de données de santé publique sur le VIH de la Saskatchewan (Panorama), mais ces données ne sont pas extraites ni communiquées à l'ASPC.
- <sup>c</sup> Comprend les données sur les cas de VIH diagnostiqués au Québec entre 2012 et 2016, comme le Québec a déclaré les premiers diagnostics de 2012 à 2021, mais la répartition du type de positifs antérieurs n'a pas été déclarée entre 2012 et 2016.
- <sup>d</sup> Les cas « diagnostics antérieurs statut inconnu » sont des cas déjà diagnostiqués au Québec entre 2012 et 2016 et dans d'autres provinces où les cas ont été identifiés comme des positives antérieures, mais l'information disponible est insuffisante pour les attribuer à des DAE ou à des DAP.
- <sup>e</sup> Les cas déclarés comme ayant « déjà été diagnostiqués dans la province » de Québec (2017 à 2021) ont été exclus afin de correspondre aux cas déclarés dans les autres provinces et territoires.

## Données sur le VIH

- Douze des treize provinces et territoires ont fourni des données des cas présentées par ligne sur les premiers diagnostics pour 2021. 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 2021; 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 regroupées sommaires 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 positifs antérieurs. Toutefois, étant donné les contraintes de ressources rencontrées tout au long de la pandémie de COVID-19, les PT 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 2021, la déclaration nationale exclut les cas de VIH pour lesquels le lieu de la première séropositivité a été déterminé comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante; par conséquent, les totaux de cas de VIH de l'ASPC peuvent différer de ceux indiqués dans les rapports provinciaux de l'Alberta. Ceci est également indiqué dans le rapport.

## Catégorie de race ou d'origine ethnique

- Les données sur la race et l'origine ethnique ont été soumises par toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Manitoba et du Québec. En outre, 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 PT.
- Le Nouveau-Brunswick a présenté des renseignements en indiquant si un cas était lié ou non aux Premières Nations, sans autre précision concernant les autres catégories de race et d'origine ethnique. De même, la Saskatchewan a présenté des données sur la race ou l'origine ethnique pour indiquer si un cas se déclarait autochtone ou non, mais ne recueille pas de renseignements sur une autre race ou origine ethnique.

- Parmi les PT, l'exhaustivité de cette variable variait de 12,5 % à 100 % en 2021 (38,8 % dans l'ensemble) et doit donc être interprétée avec prudence compte tenu de la grande quantité de données manquantes, et ne peut pas être pleinement représentative du tableau national des renseignements sur la race ou l'origine ethnique dans les cas de VIH.
- 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 Amérique latine comprennent, par exemple, celles d'origine mexicaine, centraméricaine ou sud-américaine.
  - Les personnes déclarées dans la catégorie « Autre origine ethnique » comprennent les personnes d'ascendance mixte ou de toute autre catégorie raciale 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 PT, l'exhaustivité de cette variable variait de 56.6 % à 100 % en 2021 (81.2% au total).

## Données sur le sida


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


Du 1<sup>er</sup> janvier 1979 au 31 décembre 2021, 24 975 cas de sida ont été déclarés à l'ASPC. Des données supplémentaires sur le sida sont disponibles sur le site Web des maladies à déclaration obligatoire, [Maladies à déclaration obligatoire en direct \(canada.ca\)](https://www.canada.ca/maladies-a-declaration-obligatoire).


**Figure A3** : État de la déclaration des diagnostics de sida dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2012 à 2021<sup>a,b,c</sup>

Province ou Territoire	Année									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Alberta <sup>a</sup>	O	O	O	O	O	O	N	N	N	N
Colombie-Britannique <sup>b</sup>	O	O	O	O	O	O	O	O	O	DÉC
Manitoba <sup>c</sup>	O	O	O	O	O	O	N	N	N	N
Terre-Neuve et Labrador <sup>c</sup>	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Nouveau-Brunswick	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Nouvelle-Écosse	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Ontario	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Île-du-Prince-Édouard <sup>c</sup>	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Québec <sup>c</sup>	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Saskatchewan	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Yukon	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Nunavut	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Territoires du Nord-Ouest	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O

### Legend:

 O = Oui – La province a déclaré des données sur le sida

 N = Non – La province ne déclare pas le sida

 DÉC – Rapport par année de décalage

<sup>a</sup> 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.

<sup>b</sup> 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 2020 ont été soumises en 2021).

<sup>c</sup> 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 la base des informations fournis concernant les comportements, les cas de VIH/sida se voient attribuer une seule catégorie d'exposition dans la hiérarchie des catégories d'exposition de l'ASPC, correspondant à la voie d'exposition présentant la plus grande probabilité de transmission du VIH. Par exemple, si un individu qui consomme des drogues injectables et qui déclare de contact hétérosexuel 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 dont le fardeau du VIH est accru, l'évaluation de la catégorie d'exposition peut varier en fonction des réponses de l'individu et des questions posées par le prestataire de soins et la hiérarchie des catégories d'exposition pourrait devoir être révisée en tenant compte de données plus récentes concernant les probabilités de transmission du VIH avec l'aide des partenaires de surveillance et des experts en la matière.

La hiérarchie des expositions est la suivante :

**Contacts sexuels entre hommes** : Cette catégorie comprend les hommes qui déclarent avoir eu des contacts sexuels avec d'autres hommes. Il est important de noter qu'il s'agit d'une catégorie générale qui ne tient pas compte du fait que la probabilité de contracter ou de transmettre le VIH varie selon le type de contact sexuel, le sexe anal sans condom présentant le plus grand risque de transmission.<sup>57, 58</sup>

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

**L'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 cela était possible, elle a été séparée en sous-catégories a et b.

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

**Contact hétérosexuel** : Cette catégorie d'exposition s'applique à une personne qui a indiqué avoir eu un contact hétérosexuel et pour laquelle il n'y a aucune indication de contacts sexuels entre hommes ni de l'utilisation de drogues injectables ni de réception de sang ou factor 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 les catégories d'exposition au sang/coagulation, périnatale, professionnelle et autres.

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

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

## Annexe 4 : Texte de remplacement pour la figure

### Figure 1 : Schéma montrant le flux de données pour les premiers diagnostics et les cas déjà diagnostiqués dans toutes les provinces et territoires pour 2021

Ce diagramme présente les données sur les cas de VIH soumises par les provinces et les territoires (PT) pour les cas diagnostiqués en 2021. Il explique comment les données ont été traitées pour créer l'ensemble de données national final qui comprend seulement les premiers diagnostics.

Deux types de données ont été combinés : 1) les cas des provinces et des territoires qui ont déclaré tous les diagnostics avec un indicateur de diagnostic antérieur à l'étranger ou de diagnostic antérieur hors province (DAE/DAP), avec une valeur n de 1 220; 2) les cas des provinces et territoires qui n'ont déclaré que les premiers diagnostics, avec une valeur n de 875.

Les cas diagnostiqués antérieurement ont été exclus de l'ensemble de données final. Cela comprenait 161 cas d'DAE, 26 cas de DAP, ainsi que 26 cas de DA ou le statut est inconnu.

L'ensemble de données national final ne comprenait que les premiers diagnostics, avec une valeur n finale de 1 466.

### Figure 2 : Nombre de premiers diagnostics de VIH et taux de diagnostic global, par sexe et par année, Canada, 2012 à 2021

Année du diagnostic	Total des premiers diagnostics	Taux global pour 100 000	Hommes Taux pour 100 000	Femmes Taux pour 100 000
2012	1 797	5,2	8,1	2,3
2013	1 838	5,2	8,4	2,1
2014	1 757	5,0	7,7	2,2
2015	1 767	4,9	7,7	2,2
2016	1 860	5,2	7,9	2,4
2017	1 819	5,0	7,8	2,2
2018	1 848	5,0	7,4	2,6
2019	1 759	4,7	6,6	2,7
2020	1 322	3,5	5,0	2,0
2021	1 466	3,8	5,5	2,1



**Figure 3 : Taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, par province ou territoire, Canada, 2021**

Province	Taux de premiers diagnostics du VIH (pour 100 000 habitants)
Alberta	4,0
Région de l'Atlantique	1,5
Colombie-Britannique	2,8
Manitoba	10,5
Ontario	3,3
Québec	2,8
Saskatchewan	20,3
Territoires	1,6

**Figure 4 : Taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, par sexe et groupe d'âge, Canada, 2021**

Groupe d'âge	Hommes taux pour 100 000	Femmes taux pour 100 000
Enfants < 15 ans	0,03	0,1
15 à 19 ans	1,1	1,3
20 à 29 ans	10,4	4,4
30 à 39 ans	12,1	5,0
40 à 49 ans	8,3	3,0
≥ 50 ans	3,2	0,9

**Figure 5 : Taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, par groupe d'âge et par année, Canada, 2012 à 2021**

Groupe d'âge	Taux de premiers diagnostics pour 100 000 habitants par année									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Enfants < 15 ans	0,2	0,4	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,0	0,1
15 à 19 ans	1,5	1,5	1,4	1,6	1,9	1,7	1,7	1,5	1,1	1,2
20 à 29 ans	9,2	8,9	8,2	10,3	9,7	9,3	9,5	9,1	7,0	7,6
30 à 39 ans	11,6	11,8	11,8	9,8	11,3	11,5	11,0	10,6	8,2	8,6
40 à 49 ans	9,6	8,9	8,1	7,9	8,0	8,1	8,0	7,3	5,0	5,7
≥ 50 ans	2,3	2,8	2,8	2,8	2,9	2,5	2,6	2,4	1,8	2,0

**Figure 6a : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les hommes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2012 à 2021**

Catégorie d'exposition	Année de diagnostic du VIH									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Contacts sexuels entre hommes	64,7	65,0	64,9	62,9	63,2	60,0	60,9	59,7	58,0	54,2
Contacts sexuels entre hommes avec UDI	2,4	3,3	3,6	3,7	4,2	2,8	4,2	4,6	3,5	5,1
UDI	10,3	9,2	9,1	10,8	9,2	11,3	12,4	11,9	15,4	15,9
Contact hétérosexuel	19,8	19,6	18,1	20,1	20,2	22,3	19,4	20,4	21,9	24,0
Autre	2,9	2,8	4,3	2,6	3,2	3,7	3,2	3,5	1,2	0,8

**Figure 6b : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les femmes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2012 à 2021**

Catégorie d'exposition	Année de diagnostic du VIH									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
UDI	25,6	21,8	24,8	27,1	25,9	25,4	29,2	32,7	40,2	38,3
Contact hétérosexuel	67,3	67,8	63,3	65,0	63,6	64,4	63,3	56,0	58,4	60,4
Autre	7,0	10,3	11,8	7,9	10,5	10,2	7,5	11,3	1,4	1,3

**Figure 7 : Proportion de premiers cas de VIH déclarés (≥15 ans), par catégorie d'exposition et groupe d'âge, Canada, 2021**

Catégorie d'exposition	Âge au moment du diagnostic				
	15-19 ans (n=25)	20-29 ans (n=388)	30-39 ans (n=463)	40-49 ans (n=277)	≥50 ans (n=301)
Contacts sexuels entre hommes	23,8%	49,2%	39,6%	32,7%	35,3%
Contacts sexuels entre hommes et utilisation de drogues injectables	0,0%	5,7%	4,1%	2,2%	2,1%
Utilisation de drogues injectables	19,0%	21,8%	24,4%	23,3%	16,8%
Contact hétérosexuel	57,1%	22,7%	31,3%	39,9%	44,5%
Autre	0,0%	0,6%	0,5%	1,8%	1,3%

**Figure 8a : Proportions de la race et/ou de l'origine ethnique parmi tous les premiers diagnostics de VIH déclarés parmi tous les cas déclarés (n=1466), Canada, 2021**

Race et/ou origine ethnique	Proportion (%)
Premières Nations	5,7
Métis	0,3
Inuit	0,1
Autochtone, non précisé autrement	4,7
Asiatique du Sud/de l'Ouest/Arabe	2,5
Asiatique	3,3
Noir	7,0
Latino-Américain	3,3
Blanc	17,3
Autre	1,0
Non-déclaré	54,7

**Figure 8b : Proportions de la race et/ou de l'origine ethnique parmi les premiers diagnostics de VIH où la race et/ou l'origine ethnique est déclarée (n=664), Canada, 2021**

Race et/ou origine ethnique	Proportion (%)
Premières Nations	12,7
Métis	0,8
Inuit	0,2
Autochtone, non précisé autrement	10,4
Asiatique du Sud/de l'Ouest/Arabe	5,6
Asiatique	7,4
Noir	15,4
Latino-Américain	7,2
Blanc	38,3
Autre	2,3

**Figure 9 : Nombre de nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale et proportion de mères et de personnes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu un traitement antirétroviral prénatal, par année de naissance, Canada, 2014 à 2021**

<b>Année de naissance</b>	<b>Nombre de nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale</b>	<b>Pourcentage de personnes qui ont reçu un TAR prénatal</b>
2014	253	96,0
2015	253	93,2
2016	268	94,3
2017	259	94,2
2018	280	96,0
2019	257	97,6
2020	254	97,2
2021	210	98,1

**Figure 10 : Nombre de migrants dont le test de dépistage du VIH a été positif lors d'un examen médical d'immigration effectué au Canada, 2012 à 2021**

<b>Année du test</b>	<b>Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH</b>
2012	243
2013	422
2014	345
2015	350
2016	418
2017	549
2018	696
2019	626
2020	399
2021	453

**Figure A1 : État de la déclaration des premiers diagnostics et des cas déjà diagnostiqués dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2012 à 2021**

Province ou territoire	Année									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Alberta	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O
Colombie-Britannique	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Manitoba	N	N	N	N	N	N	N	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	N	N	N	O	O
Nouvelle-Écosse	N	N	N	N	N	N	O	O	O	O
Nunavut	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O
Ontario	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Île-du-Prince-Édouard	N	N	N	N	N	N	N	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	N	N	N	O	O

**Légende:** O = Oui – Les données de cas représente les premières diagnostics.; N = Non – Les données de cas incluent les diagnostics de VIH fait à l'étranger/hors de province désagrèges.

**Figure A2 : Tous les cas de VIH déclarés (y compris les premiers diagnostics de VIH et les cas déjà diagnostiqués) par année de diagnostic, Canada, 2012 à 2021**

Année de diagnostic du VIH	Premiers diagnostics	Diagnostics antérieurs hors province	Diagnostics antérieurs à l'étranger	Diagnostics antérieurs statut inconnue
2012	1 797	0	8	282
2013	1 838	1	1	277
2014	1 757	0	16	225
2015	1 767	0	8	295
2016	1 860	0	10	316
2017	1 819	6	95	166
2018	1 848	15	165	16
2019	1 759	22	204	11
2020	1 322	24	204	9
2021	1 466	26	161	26

**Figure A3 : État de la déclaration des diagnostics de sida dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2012 à 2021**

Province ou territoire	Année									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Alberta	O	O	O	O	O	O	N	N	N	N
Colombie-Britannique	O	O	O	O	O	O	O	O	O	DÉC
Manitoba	O	O	O	O	O	O	N	N	N	N
Terre-Neuve et Labrador	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Nouveau-Brunswick	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Nouvelle-Écosse	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Ontario	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Île-du-Prince-Édouard	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Québec	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Saskatchewan	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Yukon	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Nunavut	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Territoires du Nord-Ouest	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O

**Légende:** O = Oui – La province a déclaré des données sur le sida; N = Non – La province ne déclare pas le sida; DÉC = Rapport par année de décalage

# Références

1. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, (ONUSIDA). (2023) Statistiques mondiales sur le VIH - Fiche d'information 2023. Disponible auprès de: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_fr.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf).
2. Laprise C and Bolster-Foucault C. (2021) Understanding barriers and facilitators to HIV testing in Canada from 2009-2019: A systematic mixed studies review. Can Commun Dis Rep. DOI: 10.14745/ccdr.v47i02a03. (en anglais seulement)
3. Jones J, Sullivan PS and Curran JW. (2019) Progress in the HIV epidemic: Identifying goals and measuring success. PLoS Med. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002729. (en anglais seulement)
4. Jackson C and Tremblay G. (2019) Accélérer notre intervention : Plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Report no. 45. Disponible auprès de: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/accelerer-notre-intervention-plan-action-quinquennal-infections-transmissibles-sexuellement-sang.html>.
5. Agence de la santé publique du Canada. (2023) Le VIH au Canada, Rapport de Surveillance en date du 31 décembre 2020. Disponible auprès de: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-canada-rapport-surveillancedate-31-decembre-2020.html>.
6. Agence de la santé publique du Canada. (2022) Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2020. Disponible auprès de: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/estimations-incidence-prevalence-vih-progres-canada-cibles-90-90-90-2020.html>.
7. Agence de la santé publique du Canada. (2022) Enquête concernant l'incidence de la COVID-19 sur la prestation des services de prévention, de dépistage ou de traitement des ITSS, y compris des services de réduction des méfaits, au Canada. Disponible auprès de: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/enquete-incidence-covid-19-prestation-services-prevention-depistage-traitement-itss.html>.
8. Groseclose SL and Buckeridge DL. (2017) Public Health Surveillance Systems: Recent Advances in Their Use and Evaluation. Annu Rev Public Health. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044348.
9. Lyon D. (2022) Surveillance. Internet policy review. DOI: 10.14763/2022.4.1673. (en anglais seulement)
10. Fleming PJ, Lopez WD, Spolum M, et al. (2021) Policing Is a Public Health Issue: The Important Role of Health Educators. Health Educ Behav. DOI: 10.1177/10901981211001010. (en anglais seulement)
11. Agence de santé publique du Canada. (2018) 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. Disponible auprès de: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html>.

12. Agence de la santé publique du Canada. (2018) Résumé du cadre pancanadien sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Disponible auprès de: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2018-44/issue-7-8-july-5-2018/ccdrv44i0708a05f-fra.pdf>.
13. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, (ONUSIDA). (2020) L'homme au cœur de la lutte contre les pandémies – Rapport de la Journée mondiale de lutte contre le sida 2020. Disponible auprès de: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/prevailing-against-pandemics\\_fr.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevailing-against-pandemics_fr.pdf).
14. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, (ONUSIDA). (2014) Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. Disponible auprès de: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2686\\_WAD2014report\\_fr.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_fr.pdf).
15. Tarasuk J, Zhang J, Lemyre A, et al. (2020) National findings from the Tracks survey of people who inject drugs in Canada, Phase 4, 2017–2019. Canada communicable disease report. DOI: 10.14745/ccdr.v46i05a07. (en anglais seulement)
16. Lydon-Hassen K, Jonah L, Mayotte L, et al. (2022) Summary findings from Tracks surveys implemented by First Nations in Saskatchewan and Alberta, Canada, 2018–2020. Canada communicable disease report. DOI: 10.14745/ccdr.v48i04a05. (en anglais seulement)
17. Équipe de recherche de l'Étude A/C. (2020) Étude A/C Rapport communautaire - Le VIH chez les Africains, Caribéennes et Noirs (ACN) en Ontario. Disponible auprès de: [https://acstudy.ca/wp-content/uploads/2021/02/E%CC%81TUDE\\_AC.pdf](https://acstudy.ca/wp-content/uploads/2021/02/E%CC%81TUDE_AC.pdf).
18. OMS, CDC, ONUSIDA, et al. (2017) Lignes directrices relatives aux enquêtes biocomportementales portant sur les populations exposées au VIH [Biobehavioral survey guidelines for populations at risk for HIV]. Disponible auprès de: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/978-92-4-151301-2>.
19. Popovic N, Yang Q, Haddad N, et al. (2019) Améliorer la surveillance nationale des nouveaux diagnostics du VIH. Relevé des maladies transmissibles au Canada. DOI: 10.14745/ccdr.v45i12a02f.
20. Agence de la santé publique du Canada. (2023) Définitions de cas: maladies à déclaration obligatoire à l'échelle nationale. Disponible auprès de: <https://maladies.canada.ca/declaration-obligatoire/liste-maladies>.
21. Agence de la santé publique du Canada. (2015) Le VIH et le sida au Canada – Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2014. Disponible auprès de: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-et-sida-canada-rapport-surveillance-31-decembre-2014.html>.



22. Forbes JC, Alimenti AM, Singer J, et al. (2012) A national review of vertical HIV transmission. AIDS. DOI: 10.1097/QAD.0b013e328350995c. (en anglais seulement)
23. Immigration Réfugiés et Citoyenneté Canada. (2023) Guide des professionnels désignés du Canada pour les examens médicaux aux fins de l'immigration – 2020. Disponible auprès de: <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/publications-guides/manuel-professionnels-designes.html>.
24. Statistique Canada. (2020) Base canadienne de données de l'état civil - Décès (BCDECD). Disponible auprès de: [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3233](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3233).
25. Statistique Canada. (2022) Décès et taux de mortalité par groupe d'âge, selon certains groupes de causes Tableau : 13-10-0392-01. Disponible auprès de: [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310039201&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310039201&request_locale=fr).
26. Institut canadien d'information sur la santé. (2022) Directives sur l'utilisation des normes de collecte de données fondées sur la race et l'identité autochtone pour la production de rapports sur la santé au Canada . Disponible auprès de: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/guidance-and-standards-for-race-based-and-indigenous-identity-data-fr.pdf>.
27. British Columbia's Office of the Human Rights Commissioner. (2020) Racialization. Disponible auprès de: <https://bchumanrights.ca/glossary/racialization/>. (en anglais seulement)
28. Loutfy MR, Logie CH, Zhang Y, et al. (2012) Gender and Ethnicity Differences in HIV-related Stigma Experienced by People Living with HIV in Ontario, Canada. PLOS ONE. DOI: 10.1371/journal.pone.0048168. (en anglais seulement)
29. Woodgate RL, Zurba M, Tennent P, et al. (2017) "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. Soc Sci Med. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.10.002. (en anglais seulement)
30. Agence de la santé publique du Canada. (2022) Résultats de l'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, pour les personnes issues des communautés africaines, caribéennes et noires au Canada. Disponible auprès de: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/enquete-incidence-covid-19-acces-itss-reduction-mefaits-services-personnes-issues-communautes-africaines-caribeennes-noires.html>.
31. Antabe R, Konkor I, McIntosh M, et al. (2021) "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. DOI: 10.1186/s12889-021-10321-x. (en anglais seulement)
32. Kirby Institute. (2018) HIV in Australia: annual surveillance short report 2018. Disponible auprès de: <https://www.kirby.unsw.edu.au/research/reports/asr2018>. (en anglais seulement)

33. Agence de la santé publique du Canada. (2023) 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. Disponible auprès de: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/enquete-incidence-covid-19-acces-services-itss-reduction-mefaits-personnes-consomment-drogues-alcool.html>.
34. UK Health Security Agency. (2022) National HIV surveillance data tables to end December 2021. Version 2. Disponible auprès de: <https://www.gov.uk/government/statistics/hiv-annual-data-tables>. (en anglais seulement)
35. Centers for Disease Control and Prevention. (2023) Diagnoses of HIV Infection in the United States and Dependent Areas, 2021. HIV Surveillance Report; 34. Disponible auprès de: <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>. (en anglais seulement)
36. WHO Regional Office for Europe and European Centre for Disease Prevention and Control. (2022) HIV/AIDS surveillance in Europe 2022 - 2021 data. Disponible auprès de: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058636>. (en anglais seulement)
37. King J, McManus H, Kwon A, et al. (2022) HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: Annual surveillance report 2022. Disponible auprès de: [https://www.kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/documents/Annual-Surveillance-Report-2022\\_HIV.pdf](https://www.kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/documents/Annual-Surveillance-Report-2022_HIV.pdf). (en anglais seulement)
38. Lester J, Martin V, Shah A, et al. (2022) HIV testing, PrEP, new HIV diagnoses, and care outcomes for people accessing HIV services: 2022 report. The annual official statistics data release (data to end of December 2021). Disponible auprès de: <https://www.gov.uk/government/statistics/hiv-annual-data-tables/hiv-testing-prep-new-hiv-diagnoses-and-care-outcomes-for-people-accessing-hiv-services-2022-report#suggested-citation>. (en anglais seulement)
39. Hong C. (2023) Characterizing the Impact of the COVID-19 Pandemic on HIV PrEP care: A Review and Synthesis of the Literature. AIDS Behav. DOI: 10.1007/s10461-022-03941-w. (en anglais seulement)
40. Bachari AK, McCully J, Tsergas N, et al. (2022) EPB258 Analysis of the impact of COVID-19 pandemic on PrEP uptake in Toronto: a retrospective 18-month single-site chart review. The 24th International AIDS Conference. (en anglais seulement)
41. Government of Manitoba, Department of Health, Performance and Oversight Division, Epidemiology and Surveillance. (2022) 2021 Annual Surveillance Update: HIV in Manitoba. Disponible auprès de: <https://www.manitoba.ca/health/publichealth/surveillance/hivaids/docs/dec2021.pdf>. (en anglais seulement)
42. The Ontario HIV Epidemiology Surveillance Initiative (OHESI). (2023) Current Trends for HIV in Ontario. Disponible auprès de: <https://www.ohesi.ca/>. (en anglais seulement)
43. British Columbia Centre for Excellence in, HIV/AIDS and British Columbia Ministry of Health. (2022) HIV Monitoring Semi-Annual Report for British Columbia Second Quarter 2022. Disponible auprès de: <https://stophivaids.ca/qmr/2022-Q2/#/bc>. (en anglais seulement)

44. Fojo A, Wallengren E, Schnure M, et al. (2022) 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*. DOI: 10.1093/cid/ciab1029. (en anglais seulement)
45. Miller RL, McLaughlin A, Montoya V, et al. (2022) Impact of SARS-CoV-2 lockdown on expansion of HIV transmission clusters among key populations: A retrospective phylogenetic analysis. *Lancet Reg Health Am*. DOI: 10.1016/j.lana.2022.100369. (en anglais seulement)
46. Sang J, Moore D, Wang L, et al. (2022) EPC 445 Examining the impacts of the COVID-19 pandemic on syndemic conditions and PrEP use among HIV among gay, bisexual and other men who have sex with men in Vancouver, Canada. The 24th International AIDS Conference. (en anglais seulement)
47. Lazzam D, Clarke Q, Lachowsky N, et al. (2022) 227 PrEP Access in Canada During the COVID-19 Pandemic. The 31st Annual Canadian Conference on HIV / AIDS Research. (en anglais seulement)
48. Cox J, Zhang J, Wong M, et al. (2022) PEMOD74 Impact of COVID-19 on access to sexually transmitted and blood-borne infections (STBBI) and harm reduction services for people who use drugs or alcohol in Canada. The 24th International AIDS Conference. (en anglais seulement)
49. Statistique Canada. (2023) Tableau 17-10-0040-01 Estimations des composantes de la migration internationale, trimestrielles. Disponible auprès de: [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710004001&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710004001&request_locale=fr).
50. Office for National Statistics. (2022) Long-term international migration, provisional: year ending June 2022. Disponible auprès de: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/internationalmigration/bulletins/longterminternationalmigrationprovisional/yearendingjune2022>. (en anglais seulement)
51. Australian Bureau of Statistics. (2022) Overseas Migration (Financial Year 2021-22). Disponible auprès de: <https://www.abs.gov.au/statistics/people/population/overseas-migration/latest-release>. (en anglais seulement)
52. Singer J, Bitnun A, Kakkar F, et al. (2022) 43 Canadian Perinatal HIV Surveillance Program: Assessment of the effect of the COVID-19 pandemic on access to HIV Treatment and vertical transmission. The 31st Annual Canadian Conference on HIV / AIDS Research. (en anglais seulement)
53. Tjepkema M, Christidis T, Olaniyan T, et al. (2023) Mortality inequalities of Black adults in Canada. *Health Rep*. DOI: 10.25318/82-003-x202300200001-eng. (en anglais seulement)
54. Nosyk B, Min JE, Krebs E, et al. (2018) The Cost-Effectiveness of Human Immunodeficiency Virus Testing and Treatment Engagement Initiatives in British Columbia, Canada: 2011-2013. *Clin Infect Dis*. DOI: 10.1093/cid/cix832. (en anglais seulement)
55. Haddad N, Weeks A, Robert A, et al. (2021) HIV in Canada-surveillance report, 2019. *Can Commun Dis Rep*. DOI: 10.14745/ccdr.v47i01a11. (en anglais seulement)

56. Hurren K, Haque S, Kwag M, et al. (2023) POUR UNE MÉDECINE ÉCLAIRÉE : inclusion du genre, du sexe et de l'orientation sexuelle dans les dossiers de santé électroniques. Disponible auprès de: [https://fr.cbrc.net/pour\\_une\\_medecine\\_eclairée\\_inclusion\\_du\\_genre\\_du\\_sexe\\_et\\_de\\_l'orientation\\_sexuelle\\_dans\\_les\\_dossiers\\_de\\_santé\\_lectroniques](https://fr.cbrc.net/pour_une_medecine_eclairée_inclusion_du_genre_du_sexe_et_de_l'orientation_sexuelle_dans_les_dossiers_de_santé_lectroniques).
57. Loutfy M, Tyndall M, Baril J, et al. (2014) Canadian consensus statement on HIV and its transmission in the context of criminal law. Can J Infect Dis Med Microbiol. DOI: 10.1155/2014/498459. (en anglais seulement)
58. Agence de la santé publique du Canada. (2012) Risque de transmission du VIH: sommaire des données scientifiques. Disponible auprès de: [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2013/aspc-phac/HP40-78-2012-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2013/aspc-phac/HP40-78-2012-fra.pdf).