

Le VIH au Canada

Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2022



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

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title: HIV in Canada, Surveillance Report to December 31, 2022

Sauf avis contraire, le contenu de ce document peut, sans frais ni autre permission, être reproduit en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit à des fins personnelles ou publiques, mais non à des fins commerciales. La reproduction et la distribution à des fins commerciales sont interdites sans la permission de l'Agence de la santé publique du Canada. Pour obtenir la permission de reproduire tout contenu appartenant au gouvernement du Canada disponible à des fins commerciales, veuillez communiquer avec pubsadmin@hc-sc.gc.ca.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
130 rue Colonnade
A.L 6501H
Ottawa, ON K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais: 1-844-280-5020
Télécopieur: 613-941-5366
ATS: 1-800-465-7735
Courriel: publications-publications@hc-sc.gc.ca

Citation préférée : Agence de la santé publique du Canada. VIH au Canada, Rapport du Surveillance en date du 31 décembre 2022. Ottawa, 2024. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-canada-rapport-surveillance-31-decembre-2022.html>

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

Date de publication : août 2024

Cat.: HP37-51F-PDF

ISBN: 2818-4157

Pub.: 240254

Remerciements

Ce rapport a été préparé par le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale des programmes des maladies infectieuses et de la vaccination, Agence de la santé publique du Canada. La publication de ce rapport n'aurait pas été possible sans la collaboration des unités de surveillance de la santé publique et de l'épidémiologie de toutes les provinces et de tous les territoires, dont la contribution continue à la surveillance nationale du VIH est grandement appréciée. Ce rapport est possible grâce à l'étroite collaboration et la participation de tous les partenaires de la surveillance du VIH. L'Annexe 1 contient une liste complète de tous les contributeurs de données.

Nous tenons à souligner les contributions inestimables des membres du Groupe de travail d'experts des communautés noires, qui ont examiné de façon critique le langage utilisé dans le présent rapport : Dr. Geoffrey Maina, Dr. Lawrence Mbuagbaw, 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 des membres du Groupe de travail personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète; de Laurel Challacombe et Andrew Brett de CATIE; Dr. Alex McClelland de l'Université Carleton; et 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 (SSVS) du Centre des maladies transmissibles et du contrôle des infections, Agence de la santé publique du Canada, à l'adresse hass@phac-aspc.gc.ca.

Reconnaissance du territoire

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

Les données présentées dans le présent rapport de surveillance ont été recueillies par les organismes locaux de santé publique et soumises à l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) par les provinces, les territoires ou d'autres programmes de surveillance du VIH. Ces organismes de

santé publique travaillent sur des territoires qui sont les terres ancestrales des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

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

Table des matières

Remerciements.....	3
Liste des figures du rapport	6
Liste des tableaux du rapport.....	7
Liste des tableaux de données	8
Liste des tableaux supplémentaires	9
Liste d'acronymes	11
Sommaire	12
Introduction	17
Méthodes.....	24
Sources de données.....	24
Analyse des données	27
Finalisation de l'ensemble de données sur les premiers diagnostics de VIH	28
Les données de surveillance en un coup d'œil.....	31
Premiers diagnostics du VIH	31
Distribution géographique	32
Répartition par groupe d'âge et par sexe	35
Répartition des catégories d'exposition	37
Catégorie d'exposition et groupe d'âge	40
Race ou origine ethnique	41
Données de surveillance supplémentaires.....	49
Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC)	49
Cas de VIH identifiés grâce à l'examen médical aux fins d'immigration	50
Cas de sida	52
Mortalité liée au VIH	53
Discussion	57
Conclusion.....	65
Tableaux de données	67
Annexe 1 : Contributeurs de données	79
Provinciaux et territoriaux	79
Autres contributeurs de données.....	80
Annexe 2 : Notes techniques.....	81
Annexe 3 : Hiérarchie des catégories d'exposition.....	88
Références.....	90

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 2022.

Figure 2 : Nombre de premiers diagnostics de VIH et taux de diagnostic global, par sexe et par année, Canada, 2013 à 2022

Figure 3 : Taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, par province ou territoire, Canada, 2022

Figure 4 : Taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, par sexe et groupe d'âge, Canada, 2022

Figure 5 : Taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, par groupe d'âge et par année, Canada, 2013 à 2022

Figure 6a : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe masculin (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2013 à 2022

Figure 6b : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe féminin (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2013 à 2022

Figure 7 : Proportion de premiers cas de VIH déclarés (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et groupe d'âge, Canada, 2022

Figure 8a : Déclaration des données sur la race et/ou l'origine ethnique pour tous les cas, 2022

Figure 8b : Répartition des premiers diagnostics de VIH parmi les cas où la race et/ou l'origine ethnique sont déclarées, Canada, 2022

Figure 9 : Nombre de nourrissons exposés au VIH à l'état périnatal et proportion de mères et de personnes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu une thérapie antirétrovirale prénatale, par année de naissance, Canada, 2015 à 2022

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, 2013 à 2022

Figure A1 : État des rapports sur les premiers diagnostics et les cas déjà diagnostiqués dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2013 à 2022

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, 2013 à 2022

Figure A3 : État de la déclaration des diagnostics de sida dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2013 à 2022

Liste des tableaux du rapport

Tableau 1 : Nombre et proportion de premiers diagnostics de VIH (≥ 15 ans), par sexe et catégorie d'exposition, Canada, 2022

Tableau 2 : Proportion d'exhaustivité des renseignements sur la race et l'origine ethnique dans l'ensemble national de données du SSVS, Canada, 2013 à 2022

Tableau 3 : Nombre et répartition en pourcentage des premiers cas de VIH, par sexe et par race ou origine ethnique, Canada, 2022

Tableau 4 : Nombre de cas de sida (tous les âges), par sexe et année de diagnostic, dans les provinces et territoires canadiens déclarants, 2013 à 2022

Tableau 5 : Nombre de décès attribués à l'infection par le VIH, selon l'âge au décès et le sexe, Canada, 2013 à 2022

Tableau 6 : Nombre de décès attribués à l'infection par le VIH (≥ 15 ans), par sexe, Canada, 2013 à 2022

Tableau 7 : Nombre de décès attribués à l'infection à VIH par groupe d'âge, Canada, 2013 à 2022

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, 2013 à 2022

Tableau de données 2 : Nombre et taux de premiers diagnostics de VIH (pour 100 000 habitants), par province ou territoire, Canada, 2022

Tableau de données 3 : Nombre et taux de premiers diagnostics de VIH (pour 100 000 habitants), par sexe et groupe d'âge, Canada, 2022

Tableau de données 4 : Nombre et taux de premiers diagnostics de VIH (pour 100 000 habitants) par groupe d'âge et par année, Canada, 2013 à 2022

Tableau de données 5a : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2013 à 2022

Tableau de données 5b : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe masculin (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2013 à 2022

Tableau de données 5c : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe féminin (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2013 à 2022

Tableau de données 6 : Proportion de premiers cas de VIH déclarés (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et groupe d'âge, Canada, 2022

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 2022

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, 2013 à 2022

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 2022

Tableau de données 10 : Statistiques internationales des cas de VIH déclarés par pays, 2022

Liste des tableaux supplémentaires

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

Tableau 2 : Nombre de premier cas de VIH (tous les âges) par province ou territoire, sexe et année de diagnostic – Canada, 2013 à 2022

Tableau 3 : Nombre de premiers cas de VIH par groupe d'âge et par province ou territoire, Canada, 2021 à 2022

Tableau 4 : Nombre de premiers cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans) par année de diagnostic et par sexe, Canada, 2013 à 2022

Tableau 5 : Nombre de premiers cas de VIH et taux de diagnostic du VIH par groupe d'âge, sexe et année de diagnostic, Canada, 2013 à 2022

Tableau 6 : Répartition en nombre et en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic – Canada, 2013 à 2022

Tableau 7 : Répartition en nombre et en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe masculin (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic – Canada, 2013 à 2022

Tableau 8 : Répartition en nombre et en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe féminin (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic – Canada, 2013 à 2022

Tableau 9 : Répartition en nombre et en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et groupe d'âge – Canada, 2021 à 2022

Tableau 10 : Répartition en nombre et en pourcentage des premiers cas de VIH chez les enfants (< 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic – Canada, 2013 à 2022

Tableau 11 : Nombre de premiers cas de VIH par catégorie d'exposition et par province ou territoire – Canada, 2021 à 2022

Tableau 12 : Nombre et répartition en pourcentage des candidats à l'immigration au Canada ayant reçu un diagnostic de VIH à la suite d'un examen médical d'immigration (EMI), selon l'année et le lieu du test, 2013 à 2022

Tableau 13 : Nombre et répartition en pourcentage des candidats à l'immigration au Canada ayant reçu un diagnostic de VIH à la suite d'un examen médical aux fins d'immigration (EMI), selon le lieu du test, le sexe, le groupe d'âge et la province, 2012 à 2022

Tableau 14 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale, par catégorie d'exposition de la personne enceinte et année de naissance du nourrisson, 1984 à 2022

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 2022

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 2022

Tableau 17 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale selon la race ou l'origine ethnique et la sérologie VIH, 1984 à 2022

Tableau 18 : Nombre de nourrissons canadiens exposés au VIH pendant la période périnatale par pays de naissance de la personne qui était enceinte et sérologie VIH, 1984 à 2022

Liste d'acronymes

ASPC Agence de la santé publique du Canada

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

CIM Classification internationale des maladies

COVID-19 SRAS-CoV2/maladie à coronavirus 2019

DAE diagnostic antérieur à l'étranger

DAP diagnostic antérieur hors province

EMI Examen médical aux fins d'immigration

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

IRCC Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

ITS Infection transmissible sexuellement

ITSS Infections transmissibles sexuellement et par le sang

PCD Personnes qui consomment des drogues

PrPE Prophylaxie préexposition

PSPVC Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada

PUDI Personnes qui utilisent les drogues par injection

PT Province ou territoire

PVVIH Personnes vivant avec le VIH

SC Statistique Canada

sida Syndrome d'immunodéficience acquise

SMGC Système mondial de gestion des ca

SSVS Système de surveillance du VIH

TAR traitement antirétroviral

UDI Utilisation de drogues injectables

VIH Virus de l'immunodéficience humaine

Sommaire

Le VIH au Canada, Rapport de Surveillance en date du 31 décembre 2022, publié par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), présente et décrit les tendances épidémiologiques nationales sur les diagnostics de VIH au Canada par région géographique, âge au moment du diagnostic, sexe, race ou origine ethnique et catégorie d'exposition entre 2013 et 2022. Ce rapport de surveillance présente des renseignements sur les premiers diagnostics dans les treize provinces et territoires (PT) et fournit des données probantes solides pour la planification, l'évaluation et la mise en œuvre des programmes de prévention et de soins du VIH et d'éducation.

La pandémie de la COVID-19 (SRAS-CoV2/Maladie du coronavirus 2019) a entraîné des répercussions, connues et inconnues, sur l'accès aux services de dépistage, de prévention et de soins du VIH ainsi que sur les activités de surveillance au Canada. Pour cette raison, les données pour 2020, 2021 et 2022 doivent être interprétées avec prudence. Les répercussions réelles 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 le présent rapport ne correspondent donc pas exactement aux données historiques présentées dans les rapports nationaux précédents.

Les principales constatations comprennent :

- En 2022, 1 833 cas de VIH nouvellement diagnostiqués (c.-à-d. aucune preuve antérieure d'un test positif) ont été déclarés au Canada. Il s'agit d'une augmentation de 24,9 % par rapport à 2021 (1 468 cas déclarés). Cette augmentation peut être causée, en partie, par le renouvellement de l'accès aux services de dépistage du VIH dans les dernières étapes de la pandémie de la COVID-19 et par l'augmentation des volumes d'immigration venant du monde entier (après la levée des restrictions de la pandémie), comme l'a souligné Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. Les déterminants sociaux de la santé et les tendances épidémiologiques exposent certains immigrants à un risque accru d'infection par le VIH avant et après leur arrivée au Canada. Bien que le volume d'immigration ait augmenté après la pandémie, la proportion de tests de dépistage du VIH positifs lors d'un examen médical de l'immigration (EMI) est restée faible et assez stable (0,3 % ou moins). L'augmentation du nombre de cas recensés par les EMI est proportionnelle à l'augmentation du nombre de EMI liés à l'augmentation des volumes d'immigration.

- Le taux national de cas de VIH nouvellement diagnostiqués était de 4,7 pour 100 000 habitants en 2022, soit une augmentation par rapport à 3,8 pour 100 000 habitants en 2021. Bien que le taux de 2022 se situe dans les niveaux pré-COVID-19, il doit être interprété avec prudence, car le taux de diagnostic pour 2022 inclut seulement les premiers diagnostics, tandis que les données des années antérieures à 2020 peuvent inclure les cas diagnostiqués précédemment en raison de l'évolution des méthodes de rapport de surveillance.
- Les tendances globales des dix dernières années montrent que le nombre de premiers diagnostics de VIH au Canada était relativement stable jusqu'en 2020, avec un pic précédent de 1 850 cas en 2016 (taux de 5,2 pour 100 000 habitants), puis une baisse à 1 325 cas en 2020 (taux de 3,5 pour 100 000 habitants), suivi d'augmentations en 2021 et 2022.
- Les données reçues par l'ASPC indiquent le sexe des cas, classé selon les catégories mutuellement exclusives sexe masculin, sexe féminin, transgenre ou non fourni. Dans certains cas, le sexe et le genre peuvent être confondus à tort dans ces données. Par conséquent, les données pour les cas déclarés comme sexe masculin ou sexe féminin peuvent exclure ou non les personnes transgenres. La déclaration peut ne pas correspondre à l'identité de genre des personnes, en fonction des procédures de collecte et de déclaration des données des provinces et territoires. La SSVS travaille activement à l'amélioration de sa collecte de données et de ses rapports afin de mieux représenter les communautés de diverses identités de genre.
- Le taux de diagnostic du VIH était de 6,3 pour 100 000 habitants chez les personnes de sexe masculin et de 3,1 pour 100 000 habitants chez les personnes de sexe féminin en 2022, ce qui constitue une augmentation par rapport aux taux rapportés en 2021 (qui étaient respectivement de 5,5 et 2,1 diagnostics du VIH pour 100 000 habitants).
- Les tendances récentes du taux de diagnostic du VIH chez les personnes de sexe masculin montrent une baisse continue des taux, qui sont passés de 8,4 pour 100 000 en 2013 à 6,3 pour 100 000 en 2022. Chez les personnes de sexe féminin, la tendance montre une légère augmentation, qui a atteint un pic de 2,7 pour 100 000 en 2019, et qui a augmenté à 3,1 pour 100 000 en 2022. Alors que le taux de 2022 chez les personnes de sexe masculin est resté inférieur aux niveaux prépandémiques de COVID-19, le taux chez les personnes de sexe féminin était plus élevé que les niveaux prépandémiques de la COVID-19.
- Lorsqu'il est réparti par tranches d'âge de dix ans, le taux de diagnostic du VIH dans le groupe des 30 à 39 ans était le plus élevé de tous les groupes d'âge, avec 13,1 pour 100 000 habitants en 2022.

- Les taux de diagnostic du VIH étaient au moins deux fois plus élevés chez les personnes de sexe masculin que chez les personnes de sexe féminin dans tous les groupes d'âge, à l'exception des groupes des enfants de moins de 15 ans (où le taux de diagnostic du VIH était plus élevé chez les personnes de sexe féminin), des 15 à 19 ans et des 40 à 59 ans.
- Bien que le taux national global ait augmenté de 2021 à 2022, il n'était pas uniforme dans toutes les provinces et territoires (PT) – cette augmentation n'a pas été observée en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et dans les territoires.
- Le taux de diagnostic du VIH le plus élevé parmi les provinces et les territoires a été enregistré en Saskatchewan, avec 19,0 pour 100 000 habitants. Le taux de diagnostic le plus faible a été enregistré dans la région des Territoires, avec 1,5 pour 100 000 habitants.
- Contrairement aux années précédentes, la plus grande proportion de diagnostics de VIH chez les adultes en 2022 a été attribuée aux contacts hétérosexuels (39,2 %). Selon la catégorie d'exposition déclarée, les contacts sexuels entre hommes continuent de représenter la plus grande proportion de diagnostics chez les personnes de sexe masculin, soit 51,1 % des diagnostics. Les contacts hétérosexuels continuent de représenter la plus grande proportion de diagnostics chez les personnes de sexe féminin, soit 60,1 % des diagnostics. L'utilisation de drogues injectables demeure également un facteur important tant chez les personnes de sexe masculin que chez celles de sexe féminin, représentant 20,5 % de tous les premiers diagnostics en 2022.
- La proportion de diagnostics attribuables à différentes catégories d'exposition variait également selon le groupe d'âge. Dans le groupe d'âge des 20 à 24 ans, les contacts sexuels entre hommes représentaient la plus grande proportion de diagnostics (52,0 %). En revanche, chez les 40 à 59 ans, les contacts hétérosexuels représentaient la plus grande proportion de diagnostics (50,1 %).
- Les données fondées sur la race constituent un élément clé pour reconnaître et comprendre les disparités dans l'accès aux soins liés au VIH qui découlent du colonialisme, du racisme, et des iniquités systémiques et structurelles historiques et actuels au Canada. Cependant, la déclaration des données sur la race ou l'origine ethnique varie considérablement d'une région à l'autre. Dans l'ensemble, les données sur la race ou l'origine ethnique n'ont été déclarées que pour 42,3 % des premiers diagnostics en 2022. Aucune donnée sur la race ou l'origine ethnique n'a été rapportée du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse et du Québec.

- Parmi les 776 cas de nouveaux diagnostics pour qui la race ou l'origine ethnique ont été déclarées, 30.5 % des cas ont été déclarés comme étant des personnes blanches, 22.6 % ont été déclarés comme étant des personnes autochtones (Premières Nations, Inuits, Métis ou Autochtones non déclarés ailleurs) et 18.0 % comme étant des personnes noires. Étant donné que les données sur la race et l'origine ethnique ne sont pas manquantes par hasard, il est peu probable que ces proportions soient représentatives de tous les premiers diagnostics et doivent être interprétées avec prudence. En collaboration avec les membres de la collectivité, le Système de surveillance du VIH (SSVS) national a mis sur pied un Groupe de travail d'experts des communautés noires pour fournir des conseils et coélaborer 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 partenariats similaires avec des représentants ou organisations des Premières Nations, des Inuits et des Métis.
- Un nombre accru de migrants (immigrants, réfugiés et résidents temporaires) ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH lors d'un examen médical de l'immigration (EMI) au Canada ou à l'étranger en 2022 par rapport à 2021. Les données fournies par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) ont démontré qu'en 2022, le nombre total de migrants ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH était de 2 119, ce qui représente 0,26 % de tous EMI, une proportion semblable aux niveaux d'avant la pandémie. En 2021, cette proportion était plus faible (0,12 %), puisque 865 migrants ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH, ce qui correspond à des volumes d'immigration plus faibles au cours de cette période, suggérant que la forte augmentation des cas de VIH détectés chez les migrants en 2022 était le résultat d'une augmentation des volumes d'immigration.
- Parmi les 239 nourrissons signalés comme ayant été potentiellement exposés au VIH en 2022, 96,2 % sont nés de personnes ayant reçu un traitement antirétroviral (TAR). Il y a eu six nourrissons qui ont contracté le VIH de façon périnatale, dont deux étaient nés de personnes qui n'avaient reçu aucun traitement antirétroviral, trois étaient nés de personnes qui avaient reçu un traitement antirétroviral partiel et un était né d'une personne dont le statut de TAR n'était pas connu.
- En 2022, 84 cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ont été déclarés, soit une baisse continue depuis 2013. Cependant, les résultats doivent être interprétés avec prudence, car les données sur le sida n'ont été présentées que par quatre provinces en 2022 (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Ontario et Saskatchewan) et, où l'information était disponible, les cas sont probablement sous-déclarés.

- En 2022, 129 décès ont été attribués au VIH. Cela représente une diminution par rapport aux 133 décès attribués au VIH en 2021, mais ces décès sont encore probablement sous-déclarés.

Introduction

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) demeure un problème de santé publique touchant de nombreuses personnes à l'échelle mondiale. On a estimé à 1,3 million le nombre de nouvelles infections et à environ 39 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le monde en 2022 ¹. Grâce aux progrès réalisés dans le dépistage à l'échelle mondiale, une estimé de 86 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissaient leur sérologie VIH en 2022 ¹. Malgré de avancées significatives dans le dépistage, la prévention et le traitement du VIH, les personnes au Canada continuent de se heurter à obstacles pour accéder à ces services, y compris la stigmatisation, le faible risque perçu de contracter le VIH, et des connaissances limitées sur le VIH, la disponibilité du dépistage et les services de prévention ². Des obstacles spécifiques tels que la stigmatisation sociale liée au VIH, le racisme, le colonialisme, la criminalisation, l'incarcération, l'homophobie et la transphobie continuent de nuire aux populations touchées de manière disproportionnée, y compris les personnes à deux esprits; les hommes gais et bisexuels; les personnes trans, queer, en questionnement et non-binaires; les personnes qui utilisent les drogues par injection (PUDI); ainsi que les communautés africaines, caribéennes noires; et les communautés autochtones ². Les participants à une étude canadienne sur la stigmatisation liée VIH ont parlé « d'expériences négatives dans la société ainsi que dans les systèmes de santé, et [les systèmes juridiques] et la façon dont ces expériences pourraient aggraver le traumatisme de la stigmatisation et de la discrimination du VIH au moment du diagnostic. Ces expériences comprenaient l'interdiction d'être accompagnés lorsqu'on leur apprenait les résultats de leur dépistage ou qu'on ne leur fournissait pas de renseignements importants, des questions des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux que le participant trouvait stigmatisantes, et des documents de promotion de la santé dans la salle d'attente qu'ils considéraient comme représentant des personnes atteintes du VIH appartenant à des groupes raciaux et ethniques particuliers. Dans plusieurs cas, les participants estimaient que les travailleurs de la santé et des services sociaux étaient mal informés des données actuelles sur le VIH et qu'il fallait faire davantage pour s'assurer qu'ils étaient bien instruits » ³.

Bien que le traitement antirétroviral (TAR) du VIH et la prophylaxie préexposition (PrPE) du VIH aient considérablement modifié l'épidémie de VIH au fil du temps, des disparités d'accès à ces interventions existent toujours ⁴. Le VIH a continué d'avoir des répercussions indirectes sur le système de santé, car les personnes âgées vivant avec le VIH présentaient un risque accru de cancers et de décès qui ne sont pas liés au sida, et elles requièrent généralement plusieurs médicaments plus précocement que les personnes n'ayant pas le VIH ⁴. Les changements dans l'épidémiologie du VIH au fil du temps ont nécessité des données fiables sur la PrPE, le dépistage et le traitement pour allouer des ressources et mettre en œuvre des programmes et des politiques ⁴. Des améliorations dans la communication des données sont nécessaires pour faciliter l'application des données épidémiologiques aux mesures de santé publique ⁴. À ce titre, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) publie des rapports de surveillance annuels pour faire état de

l'épidémiologie du VIH au Canada, y compris les tendances au fil du temps. Alors que les diagnostics de VIH attribués aux contacts sexuels entre hommes (39,7 % des diagnostics de VIH en 2021) ont continué de constituer la catégorie la plus importante en matière de diagnostics de VIH, la proportion des diagnostics de VIH attribués aux contacts hétérosexuels (33,8 % des diagnostics de VIH en 2021) et à l'utilisation de drogues injectables (21,9 % des diagnostics de VIH en 2021) ont augmenté depuis 2018 ⁵. Les estimations nationales sur la cascade des soins liés au VIH au Canada indiquent que les personnes de sexe féminin, les personnes qui utilisent les drogues par injection et les peuples autochtones continuent d'être touchés de façon disproportionnée par le VIH, car, en tant que groupes, ils sont moins susceptibles de savoir qu'ils ont le VIH et ont des taux de traitement et de suppression plus faibles ⁶, ce qui est probablement dû à des obstacles aux soins, comme un accès réduit aux services de dépistage et de traitement, ainsi que des expériences stigmatisantes dans le système de soins de santé ². De plus, il a été démontré que la pandémie du SRAS-CoV-2 (COVID-19) a des effets divers sur l'épidémie de VIH, comme la réduction du dépistage du VIH et l'augmentation du pourcentage de tests positifs dans certaines régions, ce qui rend nécessaire une préparation adéquate des systèmes de soins de santé face à l'impact de la COVID-19 sur le dépistage du VIH ⁷. Comme les efforts de santé publique ont été concentrés sur la pandémie de

COVID-19, il y a eu un impact sur les pratiques locales de surveillance de la santé publique, ce qui a engendré d'autres défis dans la collecte de renseignements de surveillance.

Les activités courantes de surveillance de la santé publique comprennent la collecte, l'analyse, l'interprétation, et la diffusion systématiques de données afin d'identifier les tendances en matière de maladie ou de blessure afin d'éclairer la conception, la planification et le suivi des programmes et politiques de prévention, en plus de fournir de l'information pour la recherche ⁸. L'importance des données de surveillance dans l'élaboration de politiques et de programmes fondés sur des données clés a été souligné par le gouvernement fédéral du Canada au travers de son plan de « [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 ⁹. Le document subséquent « [Accélérer notre intervention : plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang](#) » publié en 2019 a réaffirmé l'importance des données de surveillance dans la mesure des répercussions, ainsi que dans la surveillance et le suivi des tendances pour exploiter les connaissances existantes et orienter les recherches futures ¹⁰. De plus, au début de 2024, le nouveau [Plan d'action sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang \(ITSS\) 2024-2030 du gouvernement du Canada](#) a également été publié ¹¹. À la lumière de la pandémie de la COVID-19, le gouvernement fédéral a également élaboré une « *Stratégie pancanadienne de données sur la santé* » ¹² dans l'optique de moderniser la collecte de données sur la santé en donnant priorité à la collecte de données à court terme pendant la pandémie, y compris l'amélioration de la collecte de données sur les répercussions de la COVID-19 sur les populations racialisées et sur les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis ¹³.

De plus, le gouvernement canadien s'est engagé à œuvrer en vue d'atteindre les objectifs internationaux visant à éliminer la transmission du VIH, notamment les cibles 95-95-95 de

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

l'ONUSIDA, qui peuvent être décrites comme suit : 95 % des personnes atteintes du VIH diagnostiquées, 95 % des personnes diagnostiquées en traitement et 95 % des personnes en traitement ont été viralement supprimées ¹⁴. Ces objectifs sont fixés pour chaque sous-population et tous les groupes d'âge. En plus de ces objectifs, l'ONUSIDA a mis au point des cibles supplémentaires liées aux lois et politiques punitives, à la stigmatisation et à la discrimination, à l'inégalité entre les genres, à la violence de genre, à l'accès à des services centrés sur les personnes dans des contextes particuliers, à la prévention combinée et à d'autres domaines afin de réduire davantage le fardeau du VIH ¹⁴.

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 (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»

Le Système national de surveillance du VIH (SSVS)

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

Section des estimations et de la surveillance sur le terrain

La surveillance systématique du VIH (c.-à-d. SSVS) sert à résumer les renseignements relatifs aux personnes qui se sont présentées pour un test de dépistage du VIH et qui ont ensuite reçu un diagnostic de VIH. Elle ne rend pas compte du nombre de personnes qui vivent avec le VIH sans avoir été testées (c.-à-d. celles qui ne savent même pas qu'elles ont le VIH). Elle ne rend pas compte du nombre total de personnes qui vivent avec le VIH tout en recevant des soins et des traitements

contre le VIH au Canada. Ces renseignements sont plutôt estimés à l'aide de modèles et de méthodes statistiques, avec des données provenant de diverses sources. ASPC élabore des [estimations](#) de l'incidence du VIH (nouvelles infections) et de la prévalence (personnes vivant avec le VIH), ainsi que du continuum des soins du VIH tous les deux ans, en partenariat avec les autorités provinciales et territoriales de santé publique et d'autres ministères. 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 et relate dans des rapports les tendances de l'utilisation du PrPE du VIH au Canada. Les estimations nationales du VIH permettent de comprendre les changements 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 ou qui en sont touchées. Elles permettent également aux organismes de santé publique de déterminer les lacunes dans les soins, ainsi que les types d'interventions qui pourraient aider à accroître le nombre de personnes qui atteignent et maintiennent la suppression virale. Les plus récents renseignements sur les personnes vivant avec le VIH au Canada se trouvent sur la [page de surveillance des ITSS](#), sous « Rendre compte des progrès du Canada vers l'élimination des ITSS ».

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

La Section de la surveillance accrue du VIH et de l'hépatite C supervise le système de surveillance Track, qui est conçu pour recueillir des renseignements sur la prévalence du VIH, de l'hépatite C et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les comportements à risque liés au VIH et l'utilisation de services liés aux ITSS parmi les populations clés. Elle mène régulièrement des enquêtes transversales et biocomportementales auprès des [PUDI](#) ¹⁵; des peuples des [Premières Nations](#) ¹⁶, des Inuits et des Métis; des hommes gais, bisexuels, et des autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (gbHARSAH); ainsi que des personnes issues des communautés africaines, des caraïbes et noires ¹⁷. Les enquêtes sur les biocomportements sont un outil essentiel pour mesurer et traiter l'épidémie de VIH, en particulier parmi les populations clés qui sont souvent mal desservies, qui méritent équité, et qui ont une probabilité accrue de contracter le VIH ¹⁸. 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, ainsi que les soins et le traitement du VIH et de l'hépatite C. Track consulte les provinces et les territoires pour sélectionner les sites sentinelles (lieux de recrutement des participants) et collabore avec des organismes locaux de santé publique ou communautaires pour mener les enquêtes biocomportementales. Les résultats de l'enquête fournissent les données nécessaires pour évaluer les progrès vers l'atteinte des objectifs

nationaux et internationaux concernant les ITSS ¹⁰ et sont une source d'information riche qui est utilisée aux échelons local, provincial, territorial et fédéral pour éclairer les politiques, programmes, plans et interventions en santé publique pour les populations clés (p. ex., le plan d'action fédéral sur les ITSS).

Examen et renouvellement du Système national de surveillance du VIH

Le Système national de surveillance du VIH (SSVS) est en cours d'examen et de renouvellement dans le but de mieux répondre aux besoins de données probantes. La phase d'examen a consisté en une évaluation technique interne, un examen des données probantes, une collaboration avec les fournisseurs de données des provinces et des territoires (PT) et un engagement communautaire. Les principes énoncés dans le Cadre d'action pancanadien sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) – l'équité en matière de santé, les droits de la personne, la participation significative des personnes vivant avec le VIH et des populations clés ainsi que les politiques et programmes fondés sur des données probantes – sous-tendent le processus d'examen et de renouvellement du SSVS ⁹. En fournissant des renseignements de meilleure qualité afin d'éclairer les politiques et les programmes, et en collaborant de façon importante avec les partenaires et les groupes d'experts, 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 ¹⁰ : réduire l'incidence des ITSS au Canada; améliorer l'accès au dépistage, au traitement, aux soins de santé et au soutien continu; et réduire la stigmatisation et la discrimination, qui rendent vulnérables les personnes touchées par les ITSS.

À la suite du plaidoyer communautaire et grâce à un effort de collaboration avec les membres de la collectivité, le SSVS a cocréé un Groupe de travail d'experts des communautés noires (GTEN), composé de personnes ayant une expertise dans les soins, la recherche et le plaidoyer du VIH. Ce groupe de travail a été créé pour soutenir le rôle crucial de la collaboration des membres de la communauté noire dans l'amélioration des systèmes de lutte contre le VIH (y compris le diagnostic, la collecte de données et la gestion) qui seraient plus favorables au bien-être des communautés noires. Le GTEN fournit des conseils et une orientation au SSVS et à ses partenaires de surveillance, contribuant ainsi à nos efforts collectifs pour améliorer la qualité et l'exhaustivité des données sur la race ou l'origine ethnique, tout en veillant à ce que ces renseignements soient interprétés et présentés dans des rapports de manière utile et appropriée. Le SSVS collabore avec un groupe de travail établi pour les personnes ayant une expérience vécue de la consommation de substances, et avec le Centre de recherche communautaire (CRCB) axé sur l'amélioration des données concernant le sexe, le genre et la diversité sexuelle. Le SSVS envisage actuellement la possibilité d'établir des partenariats semblables avec d'autres populations touchées de façon disproportionnée, y compris avec des représentants ou organisations des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Rapports nationaux de surveillance du VIH

À partir du document « [Le VIH au Canada, Rapport de Surveillance en date du 31 décembre 2020](#) », les rapports nationaux de surveillance du VIH présentent des données actuelles spécifiquement sur les premiers diagnostics de VIH plutôt que sur tous les résultats de tests positifs de cette année-là ¹⁹. Bien que l'inclusion de cas de VIH diagnostiqués antérieurement soit importante pour la planification des besoins en traitement et en soins, il a été démontré que l'inclusion de ces cas augmentait le nombre de diagnostics de VIH déclarés par année et en surestimait la prévalence ²⁰. Bien que la capacité de déclarer les premiers diagnostics séparément des cas de VIH déjà diagnostiqués, pour toutes les années déclarées, varie selon la province et le territoire, l'accent mis sur les premiers diagnostics améliore notre connaissance des endroits où il pourrait y avoir une transmission accrue du VIH, ce qui nous permet de mieux orienter les activités de prévention.

Il s'agit de la nature des données de surveillance, qui doivent être mises à jour continuellement par tous les systèmes de santé publique (fédéral, provinciaux et locaux). À ce titre, 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 2022.

Les objectifs de ce rapport sont de décrire l'épidémiologie des premiers diagnostics de VIH au Canada en 2022, par région géographique, âge au diagnostic, sexe, race ou origine ethnique et catégorie d'exposition, ainsi que de décrire les tendances entre 2013 et 2022. 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 au VIH de manière périnatale, ainsi que le nombre de diagnostics du sida et la mortalité liée au VIH sont également présentés. Bien que le terme VIH désigne l'infection virale elle-même, le terme sida désigne le 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 2022, 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 2013 à 2022.
- La deuxième section porte sur les données du Programme canadien de surveillance périnatale du VIH (2015 à 2022), sur le dépistage médical du VIH aux fins de l'immigration (2013 à 2022), sur la surveillance des cas de sida (2013 à 2022) et sur la mortalité liée au VIH (2014 à 2022).

Méthodes

Sources de données

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

- Le système national de surveillance du VIH (SSVS), géré par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC);
- Le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada, 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

Le Système national de surveillance du VIH (SSVS), un système de surveillance passive fondée sur les cas, compile des renseignements non identifiables sur les récents diagnostics d'infection au VIH, selon la définition de cas nationale ([définition nationale de cas de VIH de l'ASPC/définition nationale de cas de sida](#)) ²¹. Bien que la collecte de données sur les diagnostics de VIH par le biais de la santé publique et de la déclaration en laboratoire soit la responsabilité de chaque province ou territoire, la présentation de données à l'ASPC se fait sur une base volontaire. Les données sur chaque nouveau diagnostic sont soumises à l'ASPC par la présentation d'ensembles de données électroniques sécurisés ou en utilisant le [formulaire national de rapport de cas](#) ²².

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

Depuis 2020, l'ASPC a demandé la présentation de données sur les premiers diagnostics, soit par l'entremise d'un ensemble de données sur les premiers diagnostics seulement, soit par l'entremise d'un ensemble de données sur les premiers diagnostics et sur les cas diagnostiqués précédemment (hors pays/hors province ou territoire), avec une variable permettant de distinguer les premiers

diagnostics des cas diagnostiqués précédemment. L'identification et la suppression des cas « en double », y compris les cas diagnostiqués précédemment dans la province ou le territoire déclarant, avant leur présentation à l'ASPC relèvent de la responsabilité des provinces ou des territoires. De plus, des détails sur les données soumises pour 2022 par les autorités de santé publique des PT se trouvent à **l'annexe 2**.

Les renseignements sur les cas de VIH diagnostiqués avant le 31 décembre 2022 comme l'âge, le sexe, la race ou l'origine ethnique, ainsi que les comportements et les expositions qui peuvent être associés à la transmission du VIH (présentés sous la forme de « catégories d'exposition ») sont présentés dans le présent rapport de surveillance. Les données provinciales ou territoriales de surveillance du VIH ont été soumises à l'ASPC par toutes les provinces et territoires avant le 7 septembre 2023 et validées avant le 18 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, car les données de surveillances des PT pourraient avoir été mises à jour après la soumission à l'ASPC. En cas de différences, il est recommandé d'utiliser les rapports provinciaux et territoriaux comme première source de renseignements. En plus des données de 2022, l'Ontario (depuis 1985), le Québec (depuis 2012), la Colombie-Britannique (depuis 1995) et les Territoires du Nord-Ouest (depuis 2013) ont resoumis des données historiques mises à jour. À la suite des améliorations apportées aux données de surveillance par les PT au fil du temps grâce à des examens et mises à jour périodiques, les données de surveillance des années précédentes peuvent également être soumises en plus des données de l'année en cours par les PT. Par conséquent, il se peut que les données historiques présentées dans le présent rapport ne correspondent pas exactement aux données historiques présentées dans les rapports nationaux précédents.

Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada

Le [Groupe canadien de recherche pédiatrique et périnatale sur le sida \(CPARG\)](#) recueille des données nationales sur l'état du VIH des nourrissons nés de femmes et d'autres personnes enceintes vivant avec le VIH par l'entremise du Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC), lequel est appuyé par le [Réseau canadien pour les essais VIH des Instituts de recherche en santé du Canada](#). Le PSPVC est un système de surveillance active et sentinelle qui se concentre sur deux groupes d'enfants : 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, c'est-à-dire les 22 centres de VIH pédiatriques et pour adultes ou unités de santé publique de toutes les provinces et de tous les territoires canadiens, que ces enfants soient nés au Canada ou à l'étranger²³. L'information sur les nourrissons et la personne qui les a mis au monde est recueillie dans le cadre d'une enquête nationale non nominale et confidentielle auprès des pédiatres participants dans les 22 sites. CPARG

estime que les sites du PSPVC couvrent 95 % des nourrissons nés au Canada qui ont été exposés au VIH.

Les données sur les nourrissons et les personnes qui leur ont donné naissance ont été recueillies et saisies par les sites participants lors de l'orientation vers des soins obstétriques ou pédiatriques. Les données recueillies 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, âge gestationnel, le mode d'accouchement, et le poids du nourrisson à la naissance. Des tests par réaction en chaîne par polymérase pour le VIH (confirmé sur au moins deux échantillons distincts) et/ou une sérologie VIH au-delà de l'âge de 18 mois ont servi à déclarer la séropositivité du nourrisson. La sérologie VIH des nourrissons est déclarée comme « vivant avec le VIH confirmé », « confirmé non vivant avec le VIH » ou « sérologie VIH non confirmée », et est mise à jour chaque année.

Les données de surveillance du PSPVC pour 2022, y compris les mises à jour des données des années précédentes, ont été soumises à l'ASPC en mars 2023.

Examen médical aux fins d'immigration

Les renseignements sur les examens médicaux aux fins d'immigration (EMI) pour les migrants avec un résultat positif au test de dépistage du VIH, au Canada ou à l'étranger, ont été inclus dans le Système mondial de gestion des cas (SMGC) mis à jour par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC). Le SMGC, utilisé pour le traitement des demandes de résidence permanente et temporaire au Canada par des ressortissants étrangers, contient des renseignements sur l'EMI d'une personne. Des EMI sont administrés par des médecins tiers au nom d'IRCC, au Canada ou à l'étranger, et doivent être complétés par les personnes suivantes : tous les étrangers qui demandent la résidence permanente et certains étrangers qui demandent la résidence temporaire au Canada. Depuis 2002, le dépistage systématique du VIH a été ajouté comme élément obligatoire de l'EMI pour les candidats de 15 ans et plus, et pour ceux âgés de moins de 15 ans ayant certains facteurs de risque²⁴. Les données recueillies par IRCC comprennent des données sur les personnes qui ont été déclarées positives au Canada en 2022 et celles qui ont été déclarées positives à l'extérieur du Canada et sont arrivées au Canada en 2022.

Des données agrégées non nominatives sur les personnes qui ont été déclarées positives pour le VIH pendant un EMI ont été fournies à l'ASPC par IRCC en juillet 2023 et comprennent ce qui suit : le pays de naissance, le sexe, le groupe d'âge, la province ou le territoire où l'EMI a été effectué (s'il a eu 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 personnes suivantes sont classifiées au sens large comme « migrants » : immigrants (résidents permanents des catégories économique et familiale), les réfugiés (réfugiés réinstallés, personnes protégées et demandeurs d'asile), et les résidents temporaires (visiteurs, étudiants internationaux, travailleurs étrangers temporaires et titulaires de permis de séjour temporaire).

Les données nominales provenant des résultats de tests au Canada et à l'étranger où le VIH a été détecté et une adresse résidentielle canadienne valide, y compris le PT de résidence, sont couramment partagées par IRCC avec les PT applicables aux fins de soutenir et de promouvoir la continuité des soins. Par le passé, les provinces et territoires ont soit compté les données reçues d'IRCC comme de nouveaux diagnostics, soit les ont exclues du compte des nouveaux diagnostics, avec des procédures qui variaient selon les PT. Les efforts déployés par les PT pour améliorer la différenciation de ces cas se sont poursuivis avec la communication des données de 2022.

Base canadienne de données de l'état civil – Décès

Peu importe leur cause, les décès au Canada doivent être enregistrés auprès des registraires de l'état civil des provinces et territoires ²⁵. Les données sur tous les décès qui se sont produits sont soumises annuellement à Statistique Canada, responsable de la Base canadienne de données de l'état civil – Décès (BCDECD), par les registres provinciaux et territoriaux des statistiques de l'état civil. La BCDECD, un enregistrement cumulatif des statistiques sur les décès provenant de la présentation annuelle des formulaires d'enregistrement des décès recueillis par le registre central dans chaque PT, a classé la cause du décès selon les codes de la Classification internationale des maladies (CIM). Entre 1979 et 1999, la 9e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) a été utilisée pour classer les décès de codes 042 à 044 indiquant les décès attribués à l'infection par le VIH. À partir de l'an 2000, les codes B20 à B24 ont été utilisés pour classer les décès attribués à l'infection par le VIH dans la 10^e révision (CIM-10).

Les données sur la mortalité propre à l'année du décès, sur la cause du décès, le sexe et l'âge au décès ont été obtenues à partir des données publiques « Décès et taux de mortalité par groupe d'âge, selon certains groupes de causes » ²⁶ provenant de la BCDECD le 1er décembre 2023. Pour le rapport national de surveillance du VIH, l'accent est mis sur les décès attribués spécifiquement au VIH.

Analyse des données

Des procédures normalisées de vérification et d'enregistrement des données ont été appliquées à tous les ensembles de données soumis par les provinces et les territoires et utilisées pour élaborer

l'ensemble de données national. Les données PT individuelles dans le tableau du format de rapport sont soumises au PT qui avait initialement soumis l'ensemble de données pour examen et validation. Après la résolution des divergences (le cas échéant) et l'accord final des provinces et des territoires obtenu, les ensembles de données nationaux ont été préparés.

Le présent rapport présente le nombre de cas et les taux (cas pour 100 000 habitants) stratifiés dans l'ensemble et par région géographique, le groupe d'âge et le sexe. Les taux ont été calculés à l'aide des données sur la population extraites de l'ensemble de données des statistiques démographiques annuelles de Statistique Canada, Division de la démographie ²⁷, et publiés afin d'indiquer la taille estimée de la population canadienne au 1er juillet 2022.

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

L'ensemble national de données a été compilé à l'aide de premiers diagnostics signalés au Canada entre 2013 et 2022, selon les définitions suivantes :

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

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

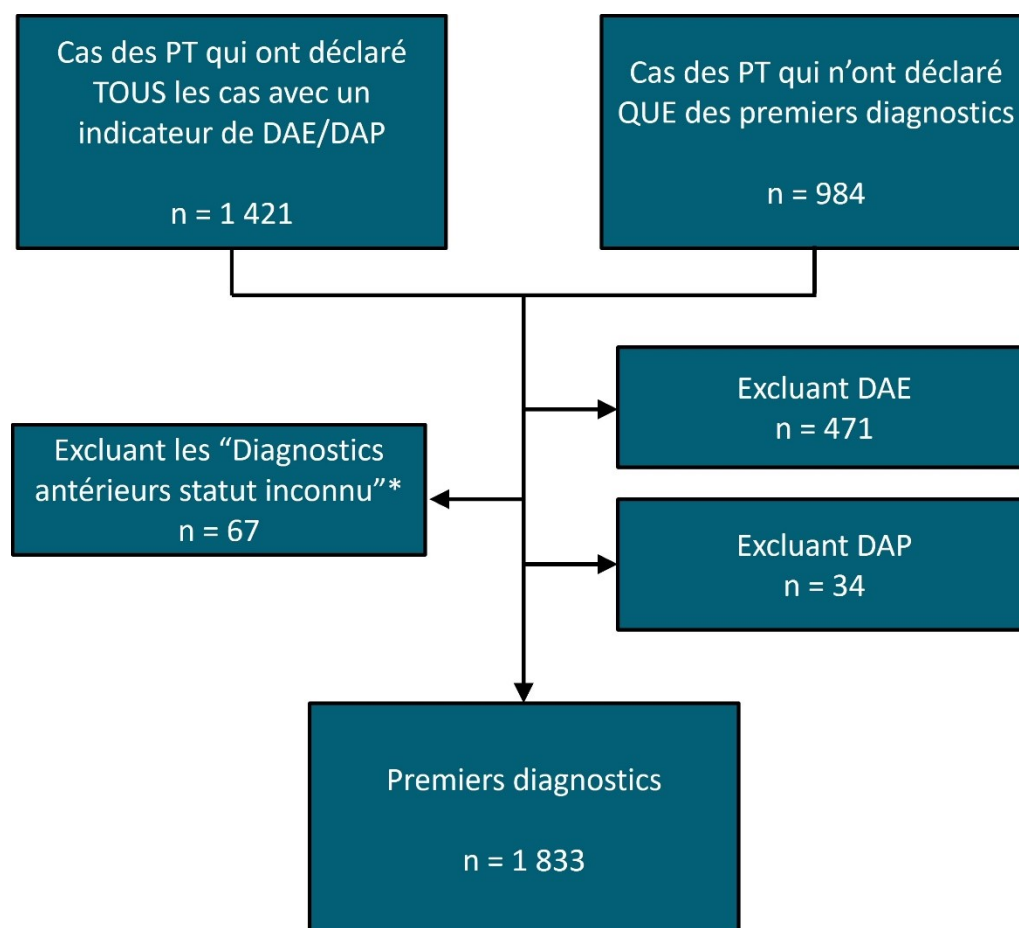
Le rapport de 2022 est le deuxième rapport national de surveillance du VIH où les 13 provinces et territoires ont soumis des données pour les premiers diagnostics seulement ou des données pour tous les cas ayant un indicateur pour l'identification des cas qui avaient un diagnostic antérieur à l'étranger (c.-à-d. à l'étranger, DAE) ou un diagnostic antérieur hors province (c.-à-d. hors province, DAP). Les cas signalés par les provinces et territoires qui ne déclarent que les premiers diagnostics ont été combinés aux cas identifiés comme premiers diagnostics par les provinces et territoires qui

présentent tous les cas, et les cas précédemment diagnostiqués tels que définis dans les ensembles de données soumis ont été exclus (**figure 1**), pour produire le dénombrement final des premiers diagnostics de VIH pour la période de surveillance, du 1er janvier au 31 décembre 2022.

En 2022, 2 405 cas de VIH ont été déclarés, dont 572 cas diagnostiqués antérieurement (471 ont été classés comme diagnostics antérieurs à l'étranger, 34 comme diagnostics antérieurs hors province et 67 ont été classés généralement comme diagnostic antérieur). Une fois les cas diagnostiqués antérieurement retirés, il y avait un total de **n = 1 833** 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 les rapports de 2020, 2021 et 2022, certaines provinces et territoires ont fourni des indicateurs de diagnostic antérieur à l'étranger et de diagnostic antérieur hors province pour les années précédentes. Les données soumises par les PT pour les années de déclaration entre 2013 et 2022 sont présentées à la **figure A1 (annexe 2)**. L'ensemble national de données sur les premiers diagnostics pour 2013 à 2022 comprend 17 268 dossiers devant servir à l'analyse des tendances et exclut tous les cas connus de diagnostic antérieur à l'étranger et de diagnostic antérieur hors province. Il est probable que ce total inclut certains cas diagnostiqués précédemment, puisque la capacité de fournir des indicateurs de DAE/DAP pour les années historiques par PT variait. Par conséquent, les analyses des tendances doivent être interprétées avec prudence. On prévoit que l'exactitude de l'ensemble de données sur les premiers diagnostics s'améliorera au fil du temps compte tenu des mises à jour des données historiques par les autorités de santé publique PT dans le cadre des futures soumissions de données.

Figure 1 : Schéma montrant le flux de données pour les premiers diagnostics et les cas déjà diagnostiqués de VIH dans toutes les provinces et territoires pour 2022.



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

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

Les données de surveillance en un coup d'œil

Premiers diagnostics du VIH

Tendances générales des diagnostics de VIH

En 2022, 1 833 cas de premiers diagnostics de VIH ont été déclarés au Canada. Il s'agit d'une augmentation de 24,9 % par rapport au nombre de cas signalés en 2021 (1 468 cas). Le taux national de diagnostic du VIH était de 4,7 pour 100 000 habitants (6,3 pour 100 000 habitants chez les personnes de sexe masculin et 3,1 pour 100 000 habitants chez les personnes de sexe féminin) en 2022. Entre 2013 et 2019, le taux de diagnostic national a fluctué dans un intervalle étroit (entre 4,7 et 5,2 pour 100 000 habitants) avant de diminuer fortement dans l'ensemble en 2020 à l'arrivée de la COVID-19. Cette tendance a été observée chez les personnes de sexe masculin et chez les personnes de sexe féminin. Il y a eu une légère augmentation en 2021 et, avec l'autre augmentation en 2022, le taux est revenu aux niveaux pré-pandémiques. Au cours de la période de cinq ans précédant la pandémie (2015 à 2019), le taux de diagnostic du VIH chez les personnes de sexe masculin 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 personnes de sexe féminin a augmenté, passant 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 du présent rapport (**tableaux de données 1-10**).

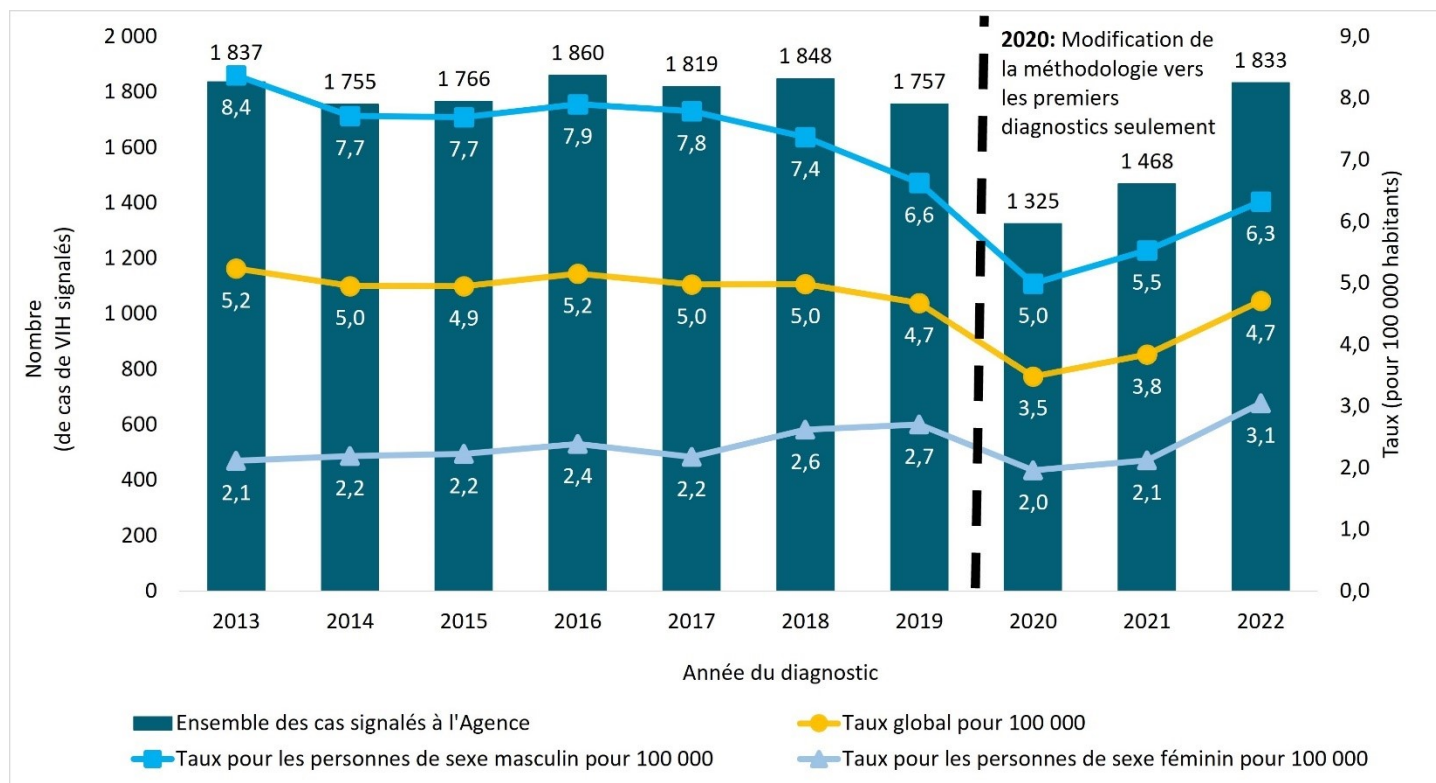
Taux de diagnostic – le nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH pour la première fois au cours d'une année donnée pour 100 000 personnes de la population canadienne cette année-là. Ces données de diagnostic sont celles qui sont présentées dans le présent rapport.

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, mais peuvent être trouvées dans le rapport « 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 »⁶.

Figure 2 : Nombre de premiers diagnostics de VIH et taux de diagnostic global, par sexe et par année, Canada, 2013 à 2022 ^{a,b}



^a Les taux et les comptes pour les personnes de sexe masculin et les personnes de sexe féminin excluent les cas où le sexe était déclaré comme transgenre, ou les cas où le sexe n'était pas déclaré. Pour les taux globaux, les cas où le sexe était déclaré comme transgenre ou non déclaré sont inclus (n = 12).

^b Pour les années 2020-2022, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Consulter les Notes techniques (**annexe 2**) pour la présentation d'un premier diagnostic pour les données historiques de chaque province/territoire.

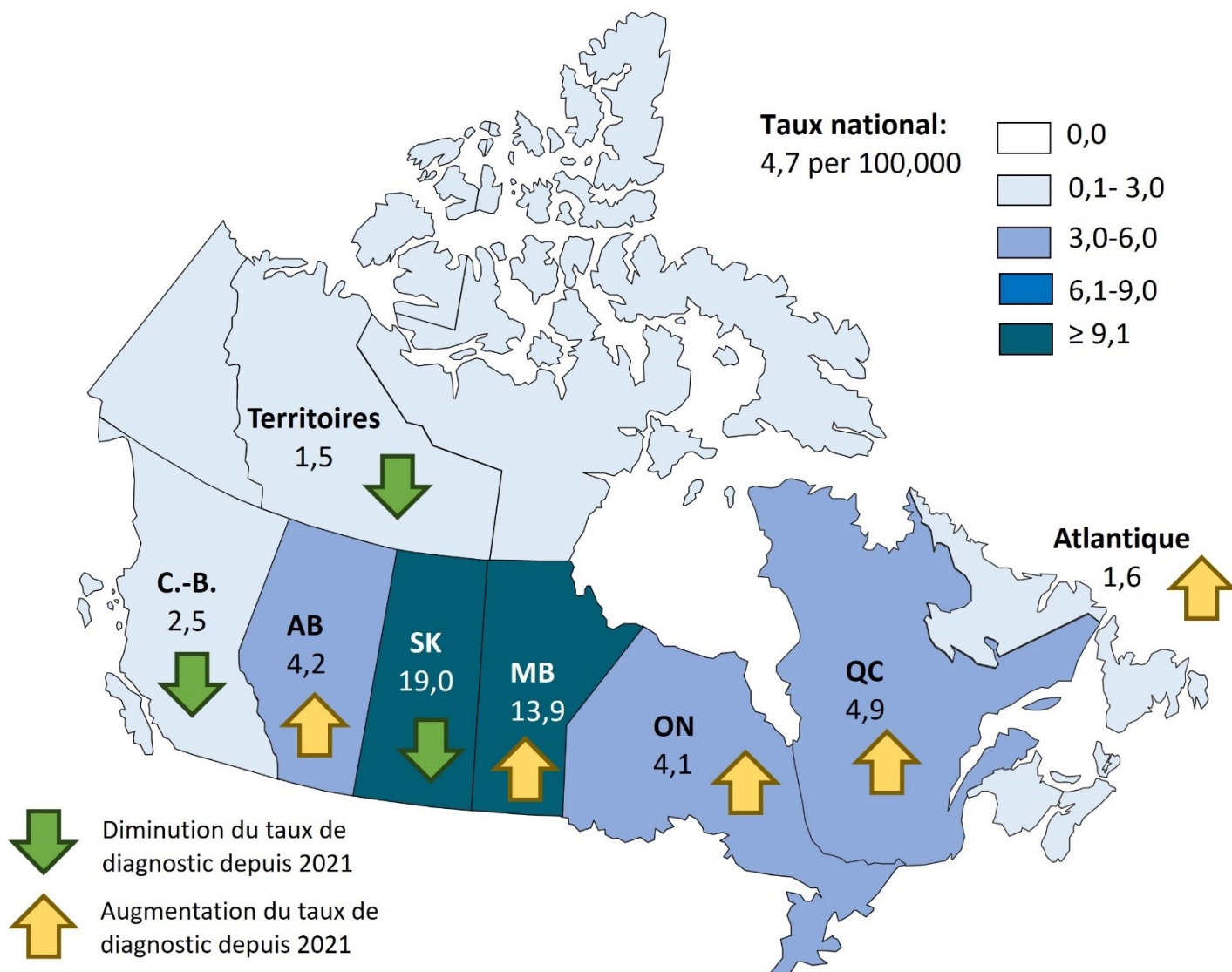
Distribution géographique

Les taux de premier diagnostic du VIH au Canada sont présentés à la **figure 3**. Les taux pour la région des Territoires (Territoires du Nord-Ouest, Nunavut et Yukon) et la région de l'Atlantique (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard) sont présentés sous forme de moyennes régionales (moyenne de chaque taux provincial ou territorial). La Saskatchewan a continué d'avoir le taux le plus élevé, alors que les Territoires et la région de l'Atlantique ont eu les taux les plus bas. Bien que le taux national global ait augmenté de 2021 à 2022, il 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 toutes les provinces et territoires de 2021 à 2022, sauf en Colombie-Britannique (où il est passé de 2,8 à 2,5 pour 100 000 habitants), en Saskatchewan

(de 20,1 à 19,0 pour 100 000 habitants) et les Territoires (de 1,6 à 1,5 pour 100 000 habitants). Ces taux sont inférieurs aux niveaux prépandémiques dans toutes les provinces et territoires. (**figure 3, tableau de données 2**).

Le Canada est un pays hétérogène qui favorise diverses façons d'apprendre, de vivre et de guérir. Par conséquent, chaque PT s'efforce de répondre aux besoins de sa population et de sa région particulière. La transmission du VIH peut être influencée par divers facteurs qui varient selon les régions et qui sont plus marqués dans certaines régions que dans d'autres, tels que l'accès aux soins de santé, la perception du risque d'infection, la relation entre patients et soignants, le logement, la sécurité au travail et alimentaire, la culture, le genre, l'âge et le statut socioéconomique. En raison des facteurs complexes qui peuvent avoir une incidence sur la façon dont le VIH est transmis ou contracté, les démarches entreprises par les PT pour aborder cette question peuvent varier considérablement. Il est donc recommandé de consulter les rapports provinciaux pour obtenir plus d'informations sur l'état et les tendances du VIH dans ces régions, car ils détailleront davantage leurs considérations clés.

Figure 3 : Évolution des taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, par province ou territoire, Canada, 2022 ^{a,b,c}



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

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

^b En raison du petit nombre de cas dans certaines provinces et certains territoires, certaines régions ont été regroupées pour s'assurer que les personnes ne peuvent pas être identifiées. Pour cette raison, les comparaisons interprovinciales ou interterritoriales ne sont pas toujours possibles.

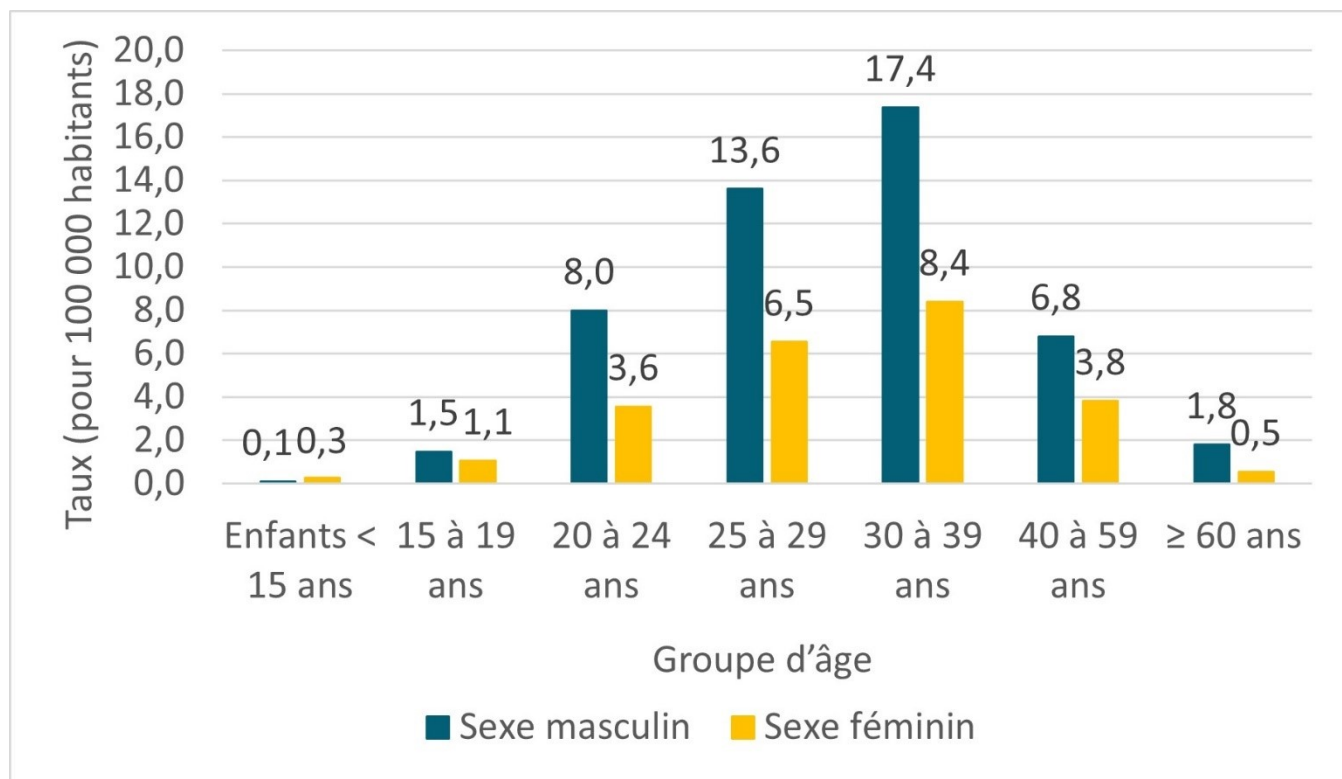
^c En raison des facteurs complexes qui peuvent avoir une incidence sur la façon dont le VIH est transmis ou contracté, les démarches entreprises par les PT pour aborder cette question peuvent varier considérablement.

Il est donc recommandé de consulter les rapports provinciaux pour obtenir plus d'informations sur l'état et les tendances du VIH dans ces régions, car ils détailleront davantage leurs considérations clés.

Répartition par groupe d'âge et par sexe

En 2022, parmi les cas où le sexe était déclaré comme masculin ou féminin (n = 1 821), les personnes de sexe masculin représentaient 67,2 % des diagnostics de VIH (n = 1 224), tandis que les personnes de sexe féminin représentaient 32,8 % (n = 597). La proportion de cas où le sexe était déclaré comme féminin est passée de 20,4 % en 2013 à 32,8 % en 2022. Il y a eu 12 cas où le sexe n'a pas été déclaré ou déclaré comme étant 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 2021 à 2022, sauf les groupes d'âge des 15 à 19 ans (1,3 pour 100 000 habitants en 2021 par rapport à 1,1 pour 100 000 habitants en 2022) et des 60 ans ou plus (0,5 pour 100 000 habitants en 2021 et 2022). Chez les personnes de sexe masculin, le taux de diagnostic du VIH selon l'âge a augmenté pour tous les groupes d'âge, sauf pour les groupes suivants : 25 à 29 ans (14,1 pour 100 000 en 2021 par rapport à 13,6 pour 100 000 en 2022), 40 à 59 ans (7,0 pour 100 000 en 2021 par rapport à 6,8 pour 100 000 en 2022) et ≥ 60 ans (1,8 pour 100 000 en 2021 et 2022). Le taux de diagnostic du VIH le plus élevé parmi tous les groupes d'âge a été observé chez les personnes de sexe masculin de 30 à 39 ans, avec un taux de 17,4 pour 100 000 habitants. De même, le groupe d'âge de 30 à 39 ans présentait le taux de diagnostic le plus élevé parmi les cas de sexe féminin, soit 8,4 pour 100 000 habitants. Les taux de diagnostic du VIH étaient au moins deux fois plus élevés chez les personnes de sexe masculin que chez les personnes de sexe féminin pour la plupart des groupes d'âge. Cependant, pour les enfants de moins de 15 ans les personnes de sexe féminin présentaient un taux de diagnostic du VIH plus élevé, et un taux semblable de diagnostic du VIH a été observé entre les personnes de sexe féminin et les personnes de sexe masculin dans le groupe des 15 à 19 ans (**figure 4, tableau 3**).

Figure 4 : Taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, par sexe et groupe d'âge, Canada, 2022 ^a



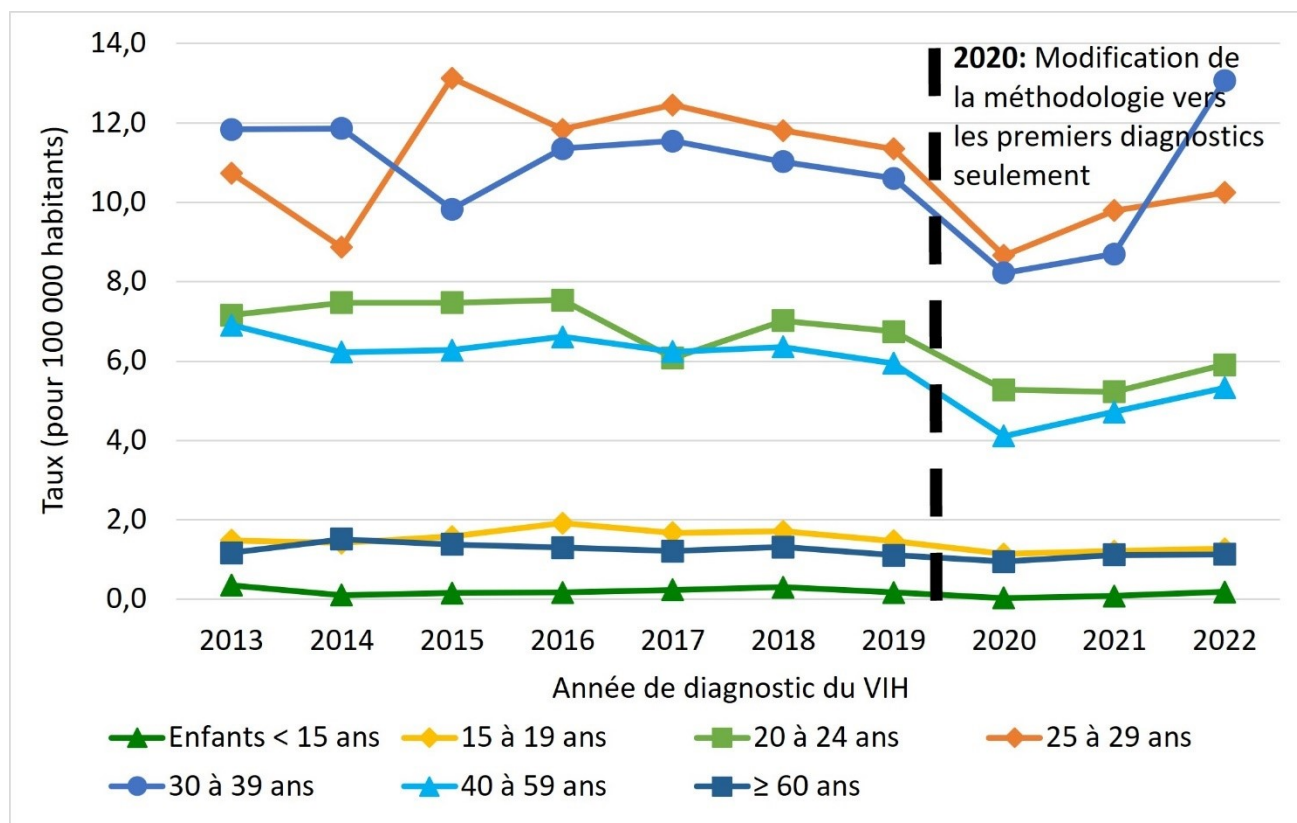
Abréviations : <, inférieur à; ≥, supérieur ou égal à

^a Exclut les cas où le sexe était 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 selon le sexe par 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.

Les taux de diagnostic du VIH ont augmenté par rapport à l'année précédente pour tous les groupes d'âge, mais auparavant, il y avait une certaine fluctuation dans tous les groupes d'âge, mais avec une tendance générale à la baisse de 2013 à 2021. La majorité des cas de VIH diagnostiqués en 2022 étaient âgés de 20 à 49 ans, ce qui reflète les tendances observées au cours des dix années précédentes. Alors que le groupe des 25 à 29 ans avait le taux de diagnostic le plus élevé des années précédentes, en 2022, le taux de diagnostic le plus élevé a été observé dans le groupe d'âge des 30 à 39 ans, avec un taux de 13,1 pour 100 000 habitants. En 2022, le taux de diagnostic du VIH était de 5,9 et 10,2 pour 100 000 habitants dans les groupes d'âge de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans, respectivement. Le plus faible taux de diagnostic du VIH chez les adultes a été observé chez les personnes âgées de 60 ou plus, avec un taux de diagnostic de 1,1 pour 100 000 habitants. Les taux

de diagnostic dans la plupart des groupes d'âge sont maintenant à des niveaux comparables ou proches de ceux enregistrés avant la pandémie de la COVID-19, à l'exception du groupe des 30 à 39 ans, qui est au-dessus des niveaux pré-pandémiques (**figure 5, tableau 4**).

Figure 5 : Taux de premiers diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, par groupe d'âge et par année, Canada, 2013 à 2022 ^a



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

^a Pour les années 2020-2022, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Voir les Notes techniques (**annexe 2**) pour la présentation d'un premier diagnostic pour les données historiques pour chaque province/territoire.

Répartition des catégories d'exposition

Contrairement aux années précédentes, la plus grande proportion des diagnostics de VIH chez les adultes était attribuée aux contacts hétérosexuels (39,2 %, n = 568); suivie des contacts sexuels entre hommes à 34,8 % (n = 504) (**tableau 1**). En 2022, la proportion de diagnostics de VIH attribués à l'utilisation de drogues injectables (UDI) a diminué à 20,5 % (n = 297), par rapport à 21,8 % (n = 260) en 2021. 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 personnes de sexe féminin (≥ 15 ans), l'exposition par contact hétérosexuel a représenté la proportion la plus élevée à 60,1 % ($n = 280$), suivie par l'UDI (36,1 %, $n = 168$) (**tableau 1**). Chez les personnes de sexe masculin (≥ 15 ans), en 2022, la majorité des cas ont été attribués à des contacts sexuels entre hommes (51,1 %, $n = 501$), suivis par les contacts hétérosexuels (29,4 %, $n = 288$) et les UDI (13,1 %, $n = 129$).

Tableau 1 : Nombre et proportion de premiers diagnostics de VIH (≥ 15 ans), par sexe et catégorie d'exposition, Canada, 2022 ^{a,b,c,d}

Catégorie d'exposition	Sexe masculin		Sexe féminin		Total ^a	
	n	% ^b	n	% ^b	n	% ^b
Contacts sexuels entre hommes	501	51,1	n/a	n/a	504	34,8
Contacts sexuels entre hommes et UDI	48	4,9	n/a	n/a	48	3,3
UDI	129	13,1	168	36,1	297	20,5
Contact hétérosexuel	288	29,4	280	60,1	568	39,2
Autre ^c	15	1,5	18	3,9	33	2,3
Sous-total	981	80,5%	466	79,1%	1 450	79,7%
Aucun risque identifié ^d	53	4,3	22	3,7	77	4,2
Catégorie d'exposition inconnue ou non déclarée (« manquante »)	185	15,2	101	17,1	293	16,1
Total	1 219	s.o	589	s.o	1 820	s.o

Abréviations : n, nombre; s.o., sans objet; UDI, utilisation de drogues injectables

Se référer à l'**annexe 3** pour les détails concernant les catégories d'exposition.

^a Les colonnes Total comprennent les cas déclarés comme transgenres et les cas où le sexe n'a pas été déclaré, alors que les colonnes « sexe masculin » et « sexe féminin » excluent ces cas.

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

^c 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.

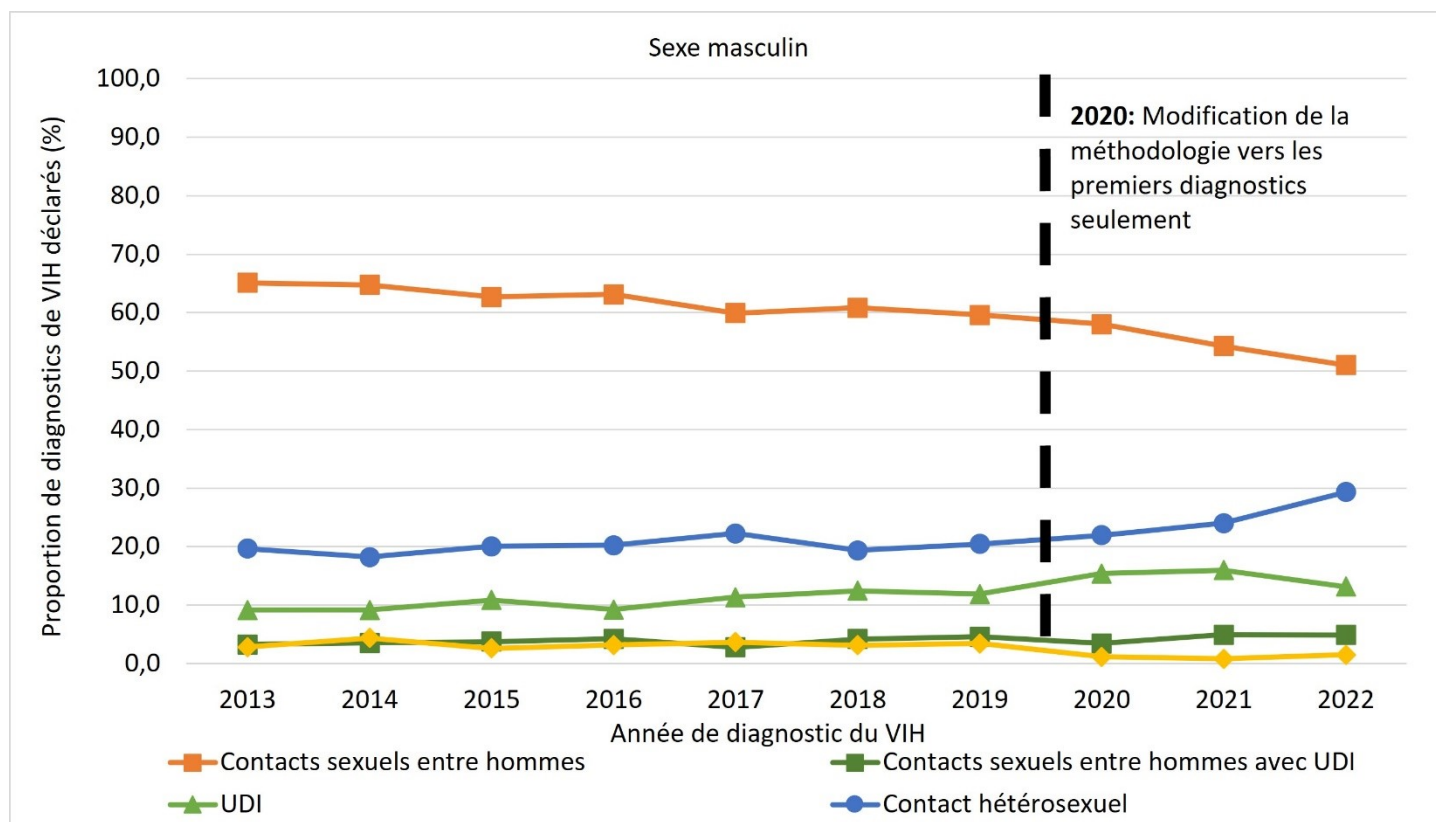
^d Comprend les cas où les antécédents d'exposition au VIH par l'un des autres modes énumérés sont inconnus, ou lorsqu'il n'y a pas d'antécédents d'exposition déclarés (par exemple en raison d'un décès ou d'une perte de suivi).

Les répartitions des catégories d'exposition chez les personnes de sexe masculin et les personnes de sexe féminin pour les dix dernières années sont présentées dans la **figure 6a** et la **figure 6b**, **respectivement**. Chez les personnes de sexe masculin, la répartition des diagnostics au sein des

différentes catégories d'exposition a légèrement fluctué depuis 2013, la proportion de cas attribués aux contacts sexuels entre hommes diminuant et la proportion attribuée aux contacts hétérosexuels augmentant au cours des dernières années (**figure 6a, tableau de données 5b**). Pour les personnes de sexe féminin, au cours des dix dernières années, la proportion de cas attribués à la catégorie d'exposition à l'UDI a augmenté, passant de 22,0 % en 2013 à 40,4 % en 2020, avant de diminuer à 37,7 % en 2021 et à 36,1 % en 2022 (**figure 6b, tableau de données 5c**).

Il est conseillé de faire preuve de prudence lorsqu'on compare les données de 2022 à celles des années précédentes. À partir de 2020, les cas considérés comme DAE ont été retirés de la catégorie « Autre » exposition (à l'exception de certains cas d'Alberta) dans le cadre de la modification méthodologique de la déclaration de premiers diagnostics seulement. Il en résulte une réduction globale du nombre de cas, 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 adultes de sexe masculin (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2013 à 2022 ^{a,b,c}



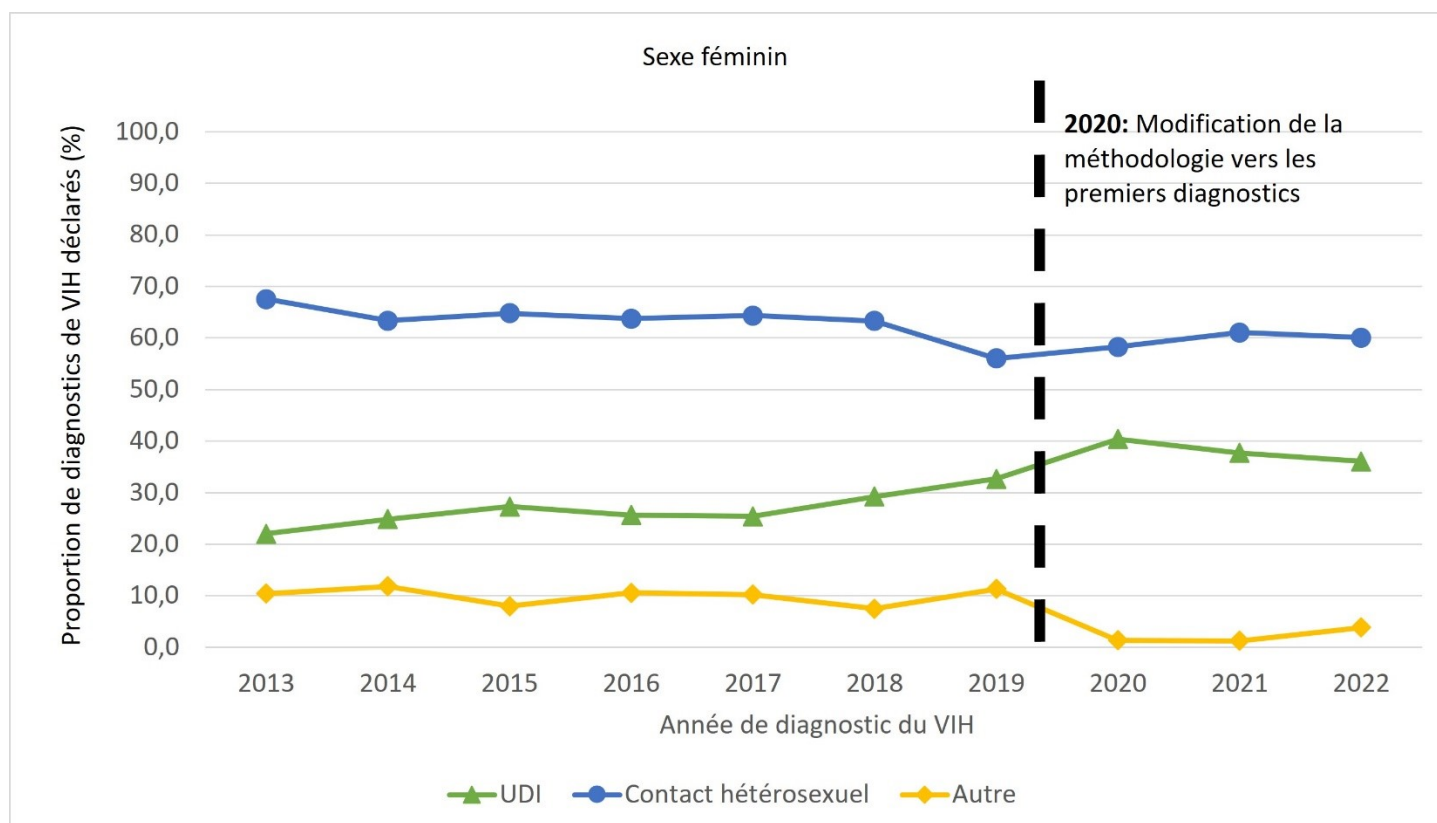
^a Exclut les cas sans risque identifié, dont la catégorie d'exposition est inconnue ou pour lesquels la catégorie d'exposition n'a pas été déclarée.

^b Pour les années 2020-2022, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Voir les Notes techniques (**annexe 2**) pour la présentation d'un premier diagnostic pour les données

historiques pour chaque province/territoire et pour la catégorie d'exposition.

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

Figure 6b : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe féminin (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2013 à 2022 ^{a,b,c}



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

^b Pour les années 2020 à 2022, les premiers diagnostics sont déclarés pour toutes les provinces et tous les territoires. Voir les Notes techniques (**annexe 2**) pour la présentation d'un premier diagnostic pour les données historiques pour chaque province/territoire et pour la catégorie d'exposition.

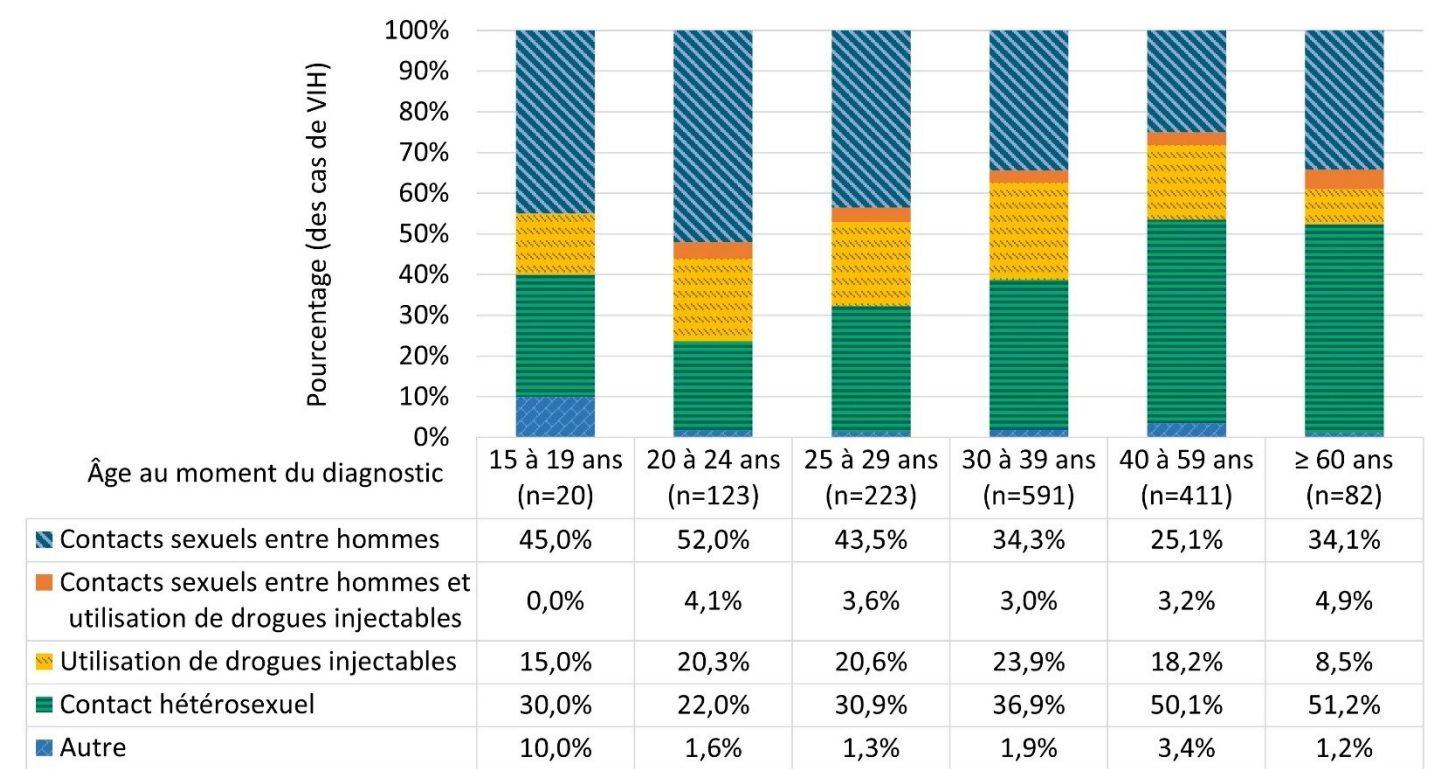
^c Autre comprend le sang ou produits sanguins, l'exposition professionnelle, comprend les cas de l'Alberta identifiés par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et d'autres catégories d'exposition.

Catégorie d'exposition et groupe d'âge

Dans les groupes d'âge de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans, les contacts sexuels entre hommes constituaient la principale catégorie d'exposition, représentant 45,0 %, 52,0 % et 43,5 % des cas, respectivement. En revanche, les contacts hétérosexuels ont représenté 36,9 %, 50,1 % et

51,2 % des expositions déclarées dans les groupes d'âge de 30 à 39 ans, de 40 à 59 ans et de 60 ans ou plus, respectivement. (figure 7, tableau de données 6).

Figure 7 : Proportion de premiers cas de VIH déclarés (≥15 ans), par catégorie d'exposition et groupe d'âge, Canada, 2022 ^{a,b}



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

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

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

Race ou origine ethnique

Les personnes noires, autochtones et d'autres personnes racisées rencontrent des difficultés spécifiques en matière d'accès à des soins de qualité, lesquelles découlent de la réalité coloniale, du racisme systémique et structurel et des iniquités sociales entre les personnes blanches et les personnes non blanches, et entre les personnes autochtones et les personnes non-Autochtones du Canada. La stigmatisation et la discrimination, le manque de confiance envers les professionnels de la santé et les services inadéquats pour les cultures en question, ou mal adaptés, sont des obstacles connus à l'accès à des soins appropriés pour le VIH parmi ces groupes ^{2, 28-31}. La collecte de renseignements fondés sur la race ou l'origine ethnique est un élément essentiel pour reconnaître et

comprendre ces disparités ³². Toutefois, l'exhaustivité de ces données dans la surveillance du VIH a historiquement été faible. Actuellement, des renseignements sur la race ou l'origine ethnique sont manquants pour plus de la moitié des cas des dernières années. L'examen en cours du programme national de surveillance du VIH, y compris la collecte de renseignements sur la race ou l'origine ethnique, a été entrepris dans le but de moderniser et de renforcer la surveillance, et de mieux répondre aux besoins des utilisateurs de données. Dans le cadre de ces efforts, nous collaborons avec les contributeurs de données, les utilisateurs de données et les partenaires communautaires afin de déterminer les priorités et de veiller à ce que la collecte et la diffusion des données se fassent de manière sécurisée et dans le respect des populations les plus susceptibles d'être touchées, en réduisant les préjugés et en leur offrant un soutien adéquat.

La **race** est une construction sociale utilisée pour catégoriser les gens en fonction des différences physiques perçues (p. ex. la couleur de la peau, les traits du visage). Bien qu'il n'existe aucune preuve scientifiquement acceptée d'une base biologique pour la détermination et la classification de groupes raciaux distincts, ignorer la race ne tient pas compte de la réalité des injustices et de la stratification sociale au sein de la société. La désagrégation des indicateurs de santé en fonction de la race peut, par conséquent, nous aider à déterminer les inégalités pouvant provenir des préjugés et du racisme (systémiques, interpersonnels et intériorisés), à en faire la surveillance et à les aborder ³². La race peut être considérée comme un déterminant important de la santé qui influe sur l'équité en matière de santé, notamment en ce qui concerne le fardeau disproportionné du VIH dans certaines communautés, en particulier les communautés autochtones et noires.

L'**origine ethnique** est un concept multidimensionnel qui se réfère à l'appartenance à un groupe culturel. Elle peut être liée à la langue, à l'appartenance religieuse ou à la nationalité, entre autres caractéristiques. Les données sur l'origine ethnique peuvent être utiles pour adapter les services de santé à la culture et comprendre la diversité ³².

La **racisation** est le processus par lequel les sociétés établissent les races de manières réelles, différentes et inégales, qui touche la vie économique, politique et sociale, et qui impose ces constructions aux gens ³³.

Les données désagrégées par race, qui permettent d'établir le lien entre la race et d'autres déterminants sociaux de la santé, comme l'âge, le sexe et le statut socioéconomique, peuvent aider à brosser un tableau plus complet du paysage canadien du VIH et des obstacles aux soins.

« Les données désagrégées sont un outil indispensable pour comprendre comment le racisme structurel, la culture de la suprématie blanche et l'exclusion sociale causent des préjudices aux Autochtones et aux personnes racisées et maintiennent

des privilèges blancs non mérités. En recueillant les identificateurs raciaux et autochtones et en nous assurant qu'ils sont utilisés de manière judicieuse en partenariat avec les personnes [autochtones, noires et d'autres personnes racialisées], nous pourrions prendre ensemble des mesures concrètes en faveur de la santé et du bien-être au moyen de politiques, de programmes et de services autodéterminés et basés sur des données probantes. »

– Dre Danièle Behn Smith, administratrice en chef adjointe de la santé des Autochtones, ministère de la Santé, gouvernement de la Colombie-Britannique ³²

Dans les enquêtes élaborées par l'ASPC pour évaluer les répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur la prestation et l'accès aux services de santé pour les ITSS, le fardeau disproportionné et accru du VIH sur les communautés racialisées a été souligné. Concernant l'accès au soutien et le traitement pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) : 20,6 % des fournisseurs ayant répondu ont signalé une forte diminution de leur capacité de fournir des services. Plus de la moitié de ces fournisseurs fournissaient des services de santé ou de pratique de guérison autochtones ³⁴. Parmi les personnes qui s'autodéclarent comme étant issues des communautés africaines, caribéennes ou noires vivant avec le VIH au Canada, 38 % des répondants ont indiqué avoir de la difficulté à avoir accès à un fournisseur de soins ou à une clinique spécialisée en VIH ³⁰. 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 la COVID-19, qui ont toutes été liées à la vulnérabilité d'infection au VIH ³⁰. Cela indique que les communautés noires continuent d'être touchées de manière disproportionnée par le VIH.

Avant 2021, certains renseignements sur la race et l'origine ethnique ont été soumis par toutes les PT, à l'exception du Québec et de la Colombie-Britannique. À compter de 2021, les renseignements sur la race et/ou l'origine ethnique, à l'exclusion des renseignements sur l'identité autochtone, de la Colombie-Britannique sont inclus. En 2022, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse ont également exclu les renseignements sur la race ou l'origine ethnique de leur présentation de données. L'exhaustivité des données soumises varie considérablement d'une province à l'autre. En 2022, le Québec a fourni des renseignements sur des cas de premiers diagnostics de 2013 à 2022, et, à ce titre, son dénombrement de cas pour 2013 à 2022 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 2021, les renseignements sur la race ou l'origine ethnique n'étaient disponibles que pour 45,2 % de tous les

cas soumis à l'ASPC et, en 2022, la proportion de données complètes sur la race ou l'origine ethnique a diminué à 42,3 % (**tableau 2**).

Tableau 2 : Proportion des diagnostics de VIH avec des renseignements sur la race et l'origine ethnique dans l'ensemble national de données du SSVS, Canada, 2013 à 2022 ^{a,b}

Année de diagnostic du VIH	Pourcentage d'exhaustivité (%)
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	45,2
2022	42,3

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

^a La Colombie-Britannique ne fournissait pas systématiquement de renseignements sur la race ou l'origine ethnique avant 2021 et ces renseignements ne sont pas fournis par le Québec; le Manitoba n'a pas fourni de renseignements sur la race ou l'origine ethnique en 2021 ou 2022. La Nouvelle-Écosse n'a pas déclaré de renseignements sur la race et/ou l'origine ethnique de 2013 à 2022. Le type de données que les autres provinces et territoires ont soumis varie considérablement, plusieurs provinces et territoires n'ont soumis qu'un sous-ensemble des catégories qui figurent dans les tableaux et les figures, et dont l'exhaustivité varie. **Il convient d'interpréter les données avec prudence.**

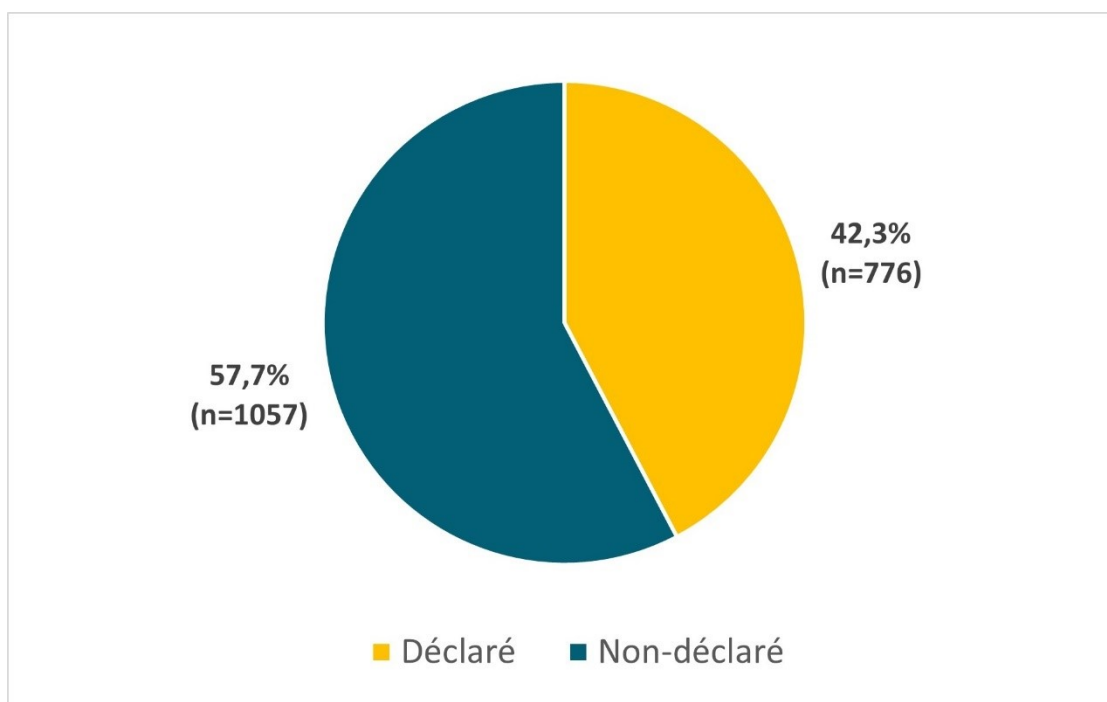
^b Avant 2021, le Québec n'a présenté que des données pour tous les diagnostics de VIH sans pouvoir séparer les diagnostics antérieurs des premiers diagnostics. En 2021, le Québec a présenté des données agrégées historiques sur les premiers diagnostics et les diagnostics antérieurs pour 2012 à 2021. 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 signalée 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 doivent être interprétés avec **prudence**, car une partie importante des renseignements sur la race ou l'origine ethnique est manquante ou n'est pas déclarée. Ces données manquantes ne sont pas aléatoires, donc il se peut que les données disponibles ne soient pas représentatives des tendances nationales par race et/ou de l'origine ethnique chez les cas de VIH au

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

En 2022, sur l'ensemble des cas (n = 1 833), il n'y a eu que 776 cas où la race ou l'origine ethnique a été déclarée, ce qui représente seulement 42,3 % des cas pour lesquels cette information était disponible. (**Figure 8a**).

Figure 8a : Déclaration des données sur la race et/ou l'origine ethnique pour **tous les cas**, 2022 (n= 1 833) ^a



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

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

Dans les cas où la race ou l'origine ethnique a été déclarée (n = 776), les proportions doivent être interprétées avec prudence, car elles ne représentent que les cas où la race ou l'origine ethnique a été déclarée pour 2022. De ce nombre, 30,5 % des cas ont été déclarés comme blancs, 22,6 % comme autochtones (Premières Nations, Inuits, Métis ou Autochtones non précisés autrement) et 18,0 % ont été déclarés comme étant issus des communautés noires. Chez les personnes de sexe

masculin ayant des données sur la race ou l'origine ethnique, la plus grande proportion de cas a été déclarée chez les personnes de sexe masculin blanches (34,6 %), suivie des personnes de sexe masculin noires (14,1 %). En comparaison, chez les personnes de sexe féminin, la proportion la plus élevée de cas a été déclarée chez les personnes de sexe féminin autochtones (41,7 %), suivie des personnes de sexe féminin noires (26,4 %) (**tableau 3, figure 8b**).

Les recherches et les données locales de surveillance de la santé publique ont révélé de façon constante que les communautés autochtones et racialisées sont touchées de façon disproportionnée par le VIH, mais la faible disponibilité des renseignements sur la race ou l'origine ethnique recueillie par l'entremise du SSVS limite la capacité de produire ces données probantes au niveau national. La disponibilité de cette information à l'échelle nationale pourrait éclairer les recherches, les politiques et les pratiques futures et permettre une comparaison avec d'autres pays. 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 continus au SSVS et contribuera à l'élaboration et à la mise en œuvre conjointes de stratégies visant à améliorer l'exhaustivité des données sur la race ou l'origine ethnique. Les objectifs sont les suivants : 1) aider à éclairer et à appuyer la façon dont les provinces et territoires recueillent ces données (selon les besoins de certains provinces et 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 provinces et territoires et les groupes communautaires, ce qui donnera aux provinces et territoires une plus grande confiance dans l'utilisation appropriée des données qu'ils partagent avec l'ASPC; 3) assurer la disponibilité de données plus complètes et de qualité pour l'élaboration de meilleures données de recherche et de programmes de prévention mieux adaptés. Le SSVS travaille également actuellement à l'élaboration d'engagements similaires avec des organisations autochtones. En plus des données sur la race et/ou l'origine ethnique, le SSVS collabore avec un groupe de travail établi pour personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète de consommation de substances (PWLLE), et avec le Centre de recherche communautaire (CBRC) concernant l'amélioration des données concernant le sexe, le genre et la diversité sexuelle.

Tableau 3 : Nombre et répartition en pourcentage parmi les premiers cas de VIH où la race et/ou l'origine ethnique sont déclarées par sexe et par race ou origine ethnique, Canada, 2022 ^{a,b,c,d,e,f,g}

Race ou origine ethnique ^{c,d,e,f}	Les cas dont la race ou l'origine ethnique est déclarée ^a					
	Sexe masculin		Sexe féminin		Total ^b	
	n	%	n	%	n	%
Autochtones ^g	73	13,7	101	41,7	175	22,6
a) Premières Nations	34	6,4	50	20,7	84	10,8
b) Métis	1	0,2	0	0,0	1	0,1
c) Inuits	0	0,0	0	0,0	1	0,1
d) Autochtone, non précisé autrement	38	7,1	51	21,1	89	11,5
Asie du Sud/de l'Ouest/Arabe	60	11,3	12	5,0	72	9,3
Asiatiques	50	9,4	4	1,7	54	7,0
Noirs	75	14,1	64	26,4	140	18,0
Latino-Américains	74	13,9	4	1,7	78	10,1
Blancs	184	34,6	53	21,9	237	30,5
Autre race ou origine ethnique	16	3,0	4	1,7	20	2,6
Nombre total de cas où la race et/ou l'origine ethnique ont été déclarées	532	s.o	242	s.o	776	s.o

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

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

^a Ce sous-ensemble présente les proportions du nombre total de cas **déclarés de race ou d'origine ethnique** (n = 776). Les cas où la race et/ou l'origine ethnique n'ont pas été déclarées ont été exclus des calculs et du tableau.

^b 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 « sexe masculin » et « sexe féminin » excluent ces cas.

^c Le Québec, le Manitoba, et la Nouvelle-Écosse n'ont pas fourni de renseignements sur la race et l'origine ethnique. Pour la Colombie-Britannique, les données sur l'identité autochtone n'ont pas été incluses dans les données soumises pour la race et/ou l'origine ethnique. Le type de données que les autres provinces et territoires présentent varie considérablement, plusieurs provinces et territoires ne présentant qu'un sous-ensemble des catégories qui figurent dans les tableaux et les figures et dont l'exhaustivité varie. **Il convient d'interpréter les données avec prudence.**

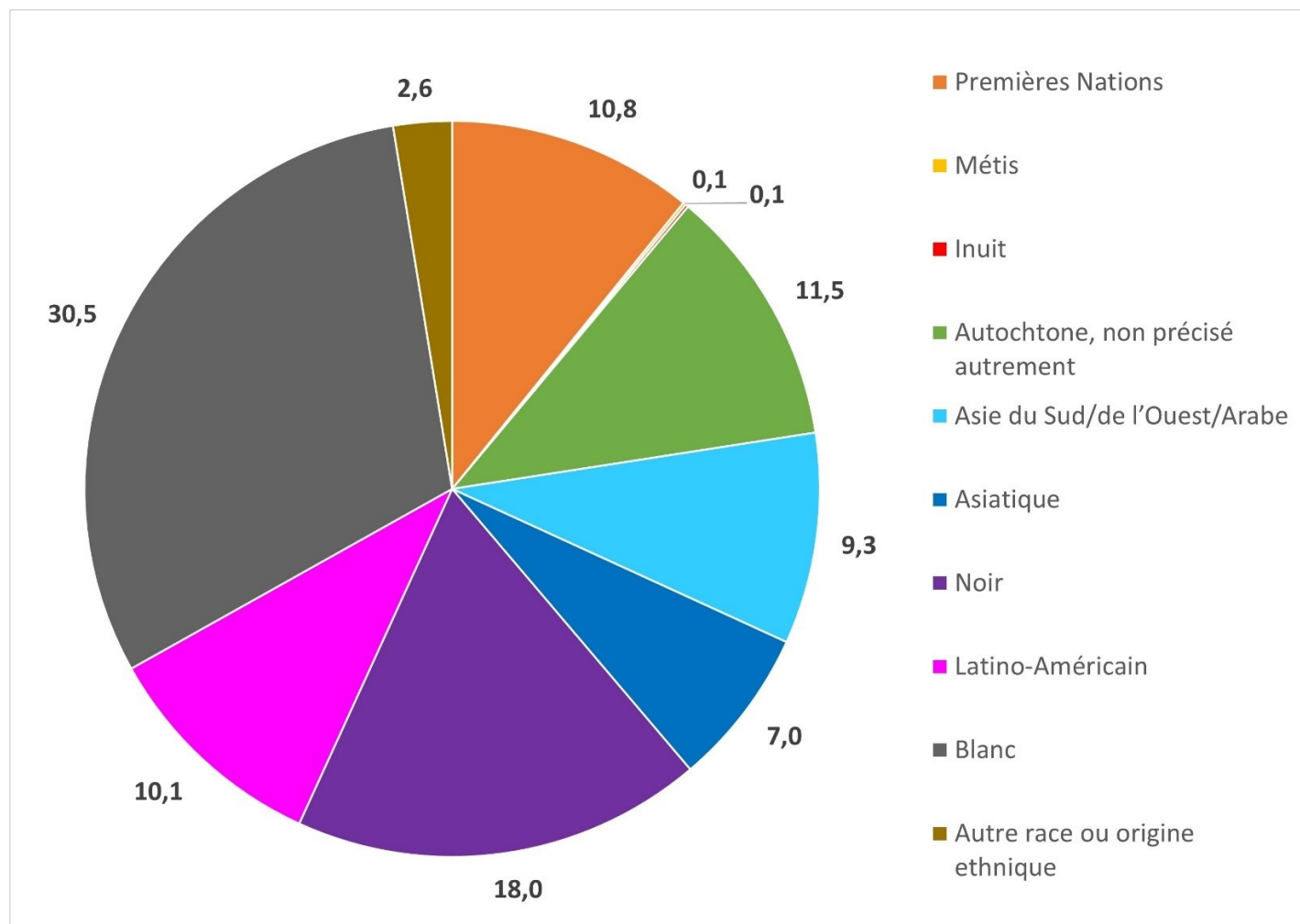
^d En raison de la faible exhaustivité des renseignements sur la race et/ou l'origine ethnique, pour chaque catégorie, ces chiffres devraient être considérés comme des nombres minimaux et pourraient être plus élevés avec des données plus complètes.

^e Chaque province ou territoire détermine la déclaration de plusieurs races et/ou origines ethniques.

^f SSVS reconnaît que ces catégories de race et/ou d'origine ethnique sont larges et peuvent être homogénéisantes.

^g La catégorie Autochtone est la somme des catégories des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones, non précisé autrement.

Figure 8b : Répartition (%) des premiers diagnostics de VIH parmi les cas où la race et/ou l'origine ethnique sont déclarées (n = 776), Canada, 2022 ^a



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

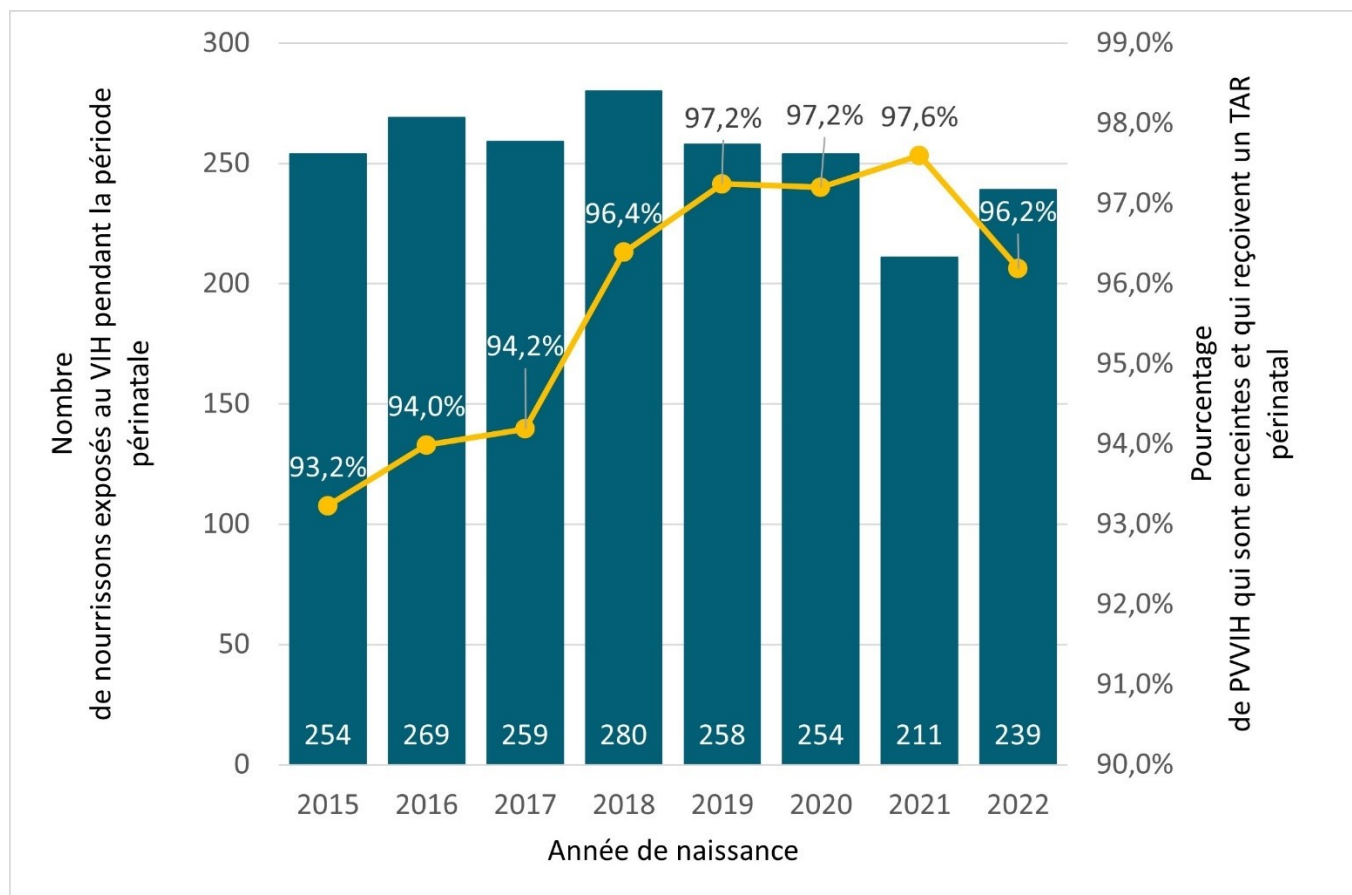
^a Le Québec, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse ne fournissent pas de renseignements sur la race ou l'origine ethnique; pour les autres régions, les catégories de race et/ou d'origine ethnique soumise et le taux d'exhaustivité variaient, il convient d'interpréter les données avec prudence.

Données de surveillance supplémentaires

Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC)

En 2022, 239 nourrissons ont été exposés au VIH par voie périnatale et six nouvelles infections périnatales ont eu lieu. Parmi ceux qui ont contracté le VIH, deux nourrissons étaient nés de personnes qui n'avaient reçu aucun traitement antirétroviral (TAR), trois nourrissons étaient nés de personnes qui avaient reçu un TAR partiel et un nourrisson était né d'une personne dont le statut de TAR n'était pas connu. Depuis 2015, le nombre d'**expositions** périnatales a varié entre 211 et 280, avec une moyenne de 253 expositions périnatales par an. Également depuis 2015, le nombre d'**infections** périnatales a varié entre 3 et 14, avec une moyenne de 6,3 infections par an. Bien que le nombre d'expositions périnatales ait fluctué chaque année, on observe une diminution, passant de 254 expositions en 2015 à 239 en 2022 (**figure 9**). La proportion de femmes et d'autres personnes enceintes vivant avec le VIH qui a reçu un TAR pendant la grossesse en 2022 était de 96,2 %, ce qui était légèrement supérieur à la moyenne entre 2015 et 2020 (95,8 %; intervalle entre 93,2 % et 97,2 %), mais inférieur à celle de 2021 (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 à l'état périnatal et proportion de mères et de personnes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu une thérapie antirétrovirale prénatale, par année de naissance, Canada, 2015 à 2022 ^a



Source : PSPVC

Abbréviations : PVVIH, Personnes vivant avec le VIH

^a La proportion de mères ou de personnes enceintes recevant des TAR exclut les personnes enceintes dont l'état de TAR périnatal est inconnu. Les nourrissons nés d'une personne enceinte dont le statut périnatal est inconnu sont inclus dans le nombre total de nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale.

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

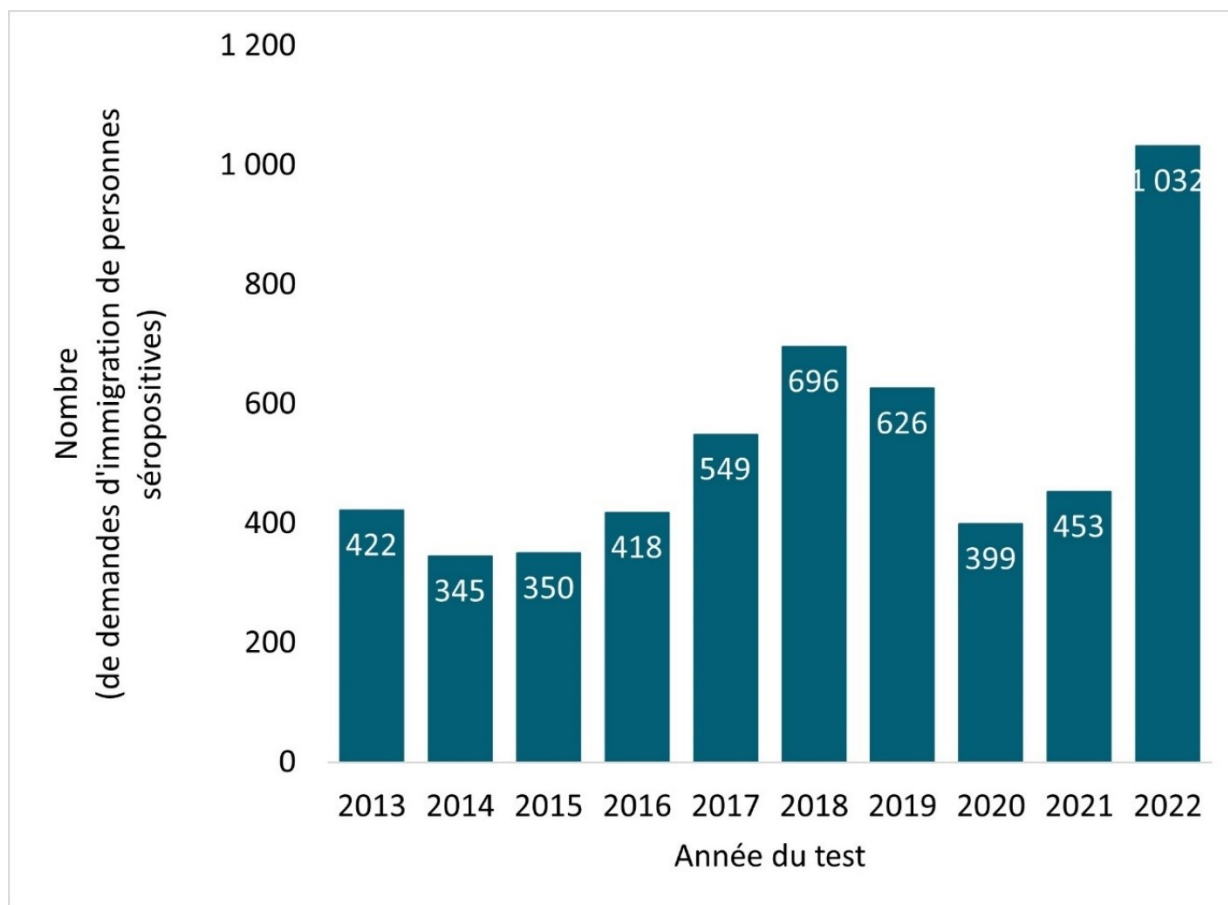
Un nombre accru de migrants (immigrants, réfugiés et résidents temporaires) ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH lors d'un examen médical de l'immigration (EMI) au Canada ou à l'étranger en 2022 par rapport à 2021. En 2022, le nombre total de migrants ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH était de 2 119, ce qui représente 0,26 % de tous EMI, une proportion semblable aux niveaux d'avant la pandémie. En 2021, cette proportion était plus faible (0,12 %), puisque 865 migrants ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH, ce qui correspond à des volumes d'immigration plus faibles au cours de cette période. L'augmentation du

nombre de cas recensés par les EMI en 2022 est proportionnelle à l'augmentation du nombre d'EMI en raison de l'augmentation des volumes d'immigration, suggérant que la forte augmentation des cas de VIH détectés chez les migrants était le résultat d'une augmentation des volumes d'immigration. 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 2022) avant l'arrivée au Canada (51,3 %) et après l'arrivée au Canada (48,7 %) sont restées similaires par rapport à l'année précédente, puisqu'il y avait 47,6 % qui ont été testés positifs à l'extérieur du Canada et 52,4 % qui ont été testés positifs au Canada en 2021 (**tableau de données 8**).

Au total, 5 290 personnes ont été déclarées positives lors d'un EMI réalisé au Canada au cours des 10 dernières années (2013-2022), avec une moyenne de 529 par an (intervalle : 345 à 1 032) (**figure 10**). Entre 2013 et 2022, parmi les demandeurs qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH lors d'un EMI au Canada, les personnes de sexe masculin représentaient une proportion plus élevée, soit 59,3 % (n = 3 277). Dans l'ensemble, tant chez les personnes de sexe masculin et que chez celles de sexe féminin, les migrants âgés de 30 à 39 ans représentaient la plus grande proportion de tests positifs, soit 39,1 % (n = 2 164). Viennent ensuite le groupe des 40 à 49 ans, 25,3 % (n = 1 402) et le groupe des 20 à 29 ans, 18,9 % (n = 1 045) (**tableau de données 9**).

Parmi les EMI réalisés au Canada entre 2013 et 2022 et où le VIH a été détecté, 52,3 % ont été réalisés en Ontario, suivi de 27,1 % réalisés au Québec, 8,6 % en Alberta et 8,3 % en Colombie-Britannique. En 2022, les notifications de santé publique de l'IRCC envoyées aux provinces ou aux territoires ont surtout été 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, 2013 à 2022 ^{a,b}



Source : IRCC

^a Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, Système mondial de gestion des cas (SMGC) d'IRCC et Système médical de l'immigration (SMI)/Système de soutien des opérations des bureaux locaux (SSOBL) à partir de juillet 2022. Reproduit et distribué avec la permission d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.

^b Pour les candidats testés au Canada, l'année correspond à l'année du test. Pour les candidats testés à l'étranger, l'année correspond à l'année où le candidat est arrivé au Canada.

Cas de sida

Le sida désigne le stade le plus avancé de la maladie causée par le VIH. Au total, 84 cas de sida ont été signalés en 2022 (**tableau 4**). Entre 2013 et 2022, 1 620 cas de sida ont été déclarés à l'ASPC. Le nombre de diagnostics de sida a diminué tant chez les personnes de sexe masculin que chez celles de sexe féminin entre 2013 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 \(canada.ca\)](#). 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 2013 peut être due en partie à une réduction des déclarations par les autorités de santé publique des PT. Récemment, il y a eu un changement dans la manière de déclarer le sida; il est déclaré en tant que stade de l'infection par le VIH, plutôt que diagnostic distinct. Les stades de l'infection par le VIH sont déterminés par le dénombrement des cellules CD4 (un indicateur de la santé du système immunitaire) ou par la présence de conditions caractéristiques du sida, comme la pneumonie récurrente. Cette méthode de surveillance du VIH a déjà été mise en œuvre dans certaines provinces et certains territoires, ainsi que dans d'autres juridictions à l'échelle internationale. Pour les déclarations à venir, le SSVS consultera les provinces et territoires sur la façon de déclarer les données sur le stade de l'infection par le VIH plutôt que les diagnostics de sida exclusivement.

Tableau 4 : Nombre de cas de sida (tous les âges), par sexe et année de diagnostic, dans les provinces et territoires canadiens déclarants, 2013 à 2022 ^{a,b}

Année du diagnostic	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
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	83	23	106
2020	84	38	122
2021	83	16	100
2022	60	24	84
Total	1 202	379	1 620

^a 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 « sexe masculin » et « sexe féminin » excluent ces cas.

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

Mortalité liée au VIH

Selon les données disponibles sur les décès des statistiques de l'état civil de Statistique Canada (SC), un total de 1 598 décès ont été attribués au VIH au Canada entre 2013 et 2022. Alors que le

nombre de décès attribués au VIH a diminué, passant de 241 en 2013 à 105 en 2019, le nombre de décès a augmenté à 133 en 2021 et diminué à 129 en 2022. Parmi les personnes âgées de 15 ans et plus, 76,0 % (n = 98) des décès attribués au VIH concernaient des personnes de sexe masculin. Bien que le nombre de décès chez les personnes de sexe masculin et féminin ait diminué depuis 2013, la proportion de décès chez les personnes de sexe féminin par rapport aux personnes de sexe masculin a diminué, passant de 21,6 % (n = 189) en 2013 à 18,4 % (n = 25) en 2020, puis a augmenté à 24,0 % (n = 31) en 2022. (**Tableau 5** et **Tableau 6**). La proportion de décès chez les personnes de 60 ans et plus est passée de 22,8 % (n = 55) en 2013 à 37,5 % (n = 51) en 2020, a diminué à 31,6 % (n = 42) en 2021 et a augmenté à 38,8 % (n = 50) en 2022; la proportion de décès chez les 30 à 39 ans est passée de 11,2 % (n = 27) en 2013 à 9,8 % (n = 13) en 2021 et a augmenté à 15,5 % (n = 20) en 2022 (**tableau 7**).

Tableau 5 : Nombre de décès attribués à l’infection par le VIH, selon l’âge au décès et le sexe, Canada, 2013 à 2022

Groupe d’âge	Sexe masculin		Sexe féminin		Total
	n	%	n	%	n
Moins de 15 ans	0	0	1	100	1
15 ans ou plus	1 229	77,0	368	23,0	1 597
Total	1 229	76,9	369	23,1	1 598

Source : SC

Abréviations : n, nombre

Tableau 6 : Nombre de décès attribués à l'infection par le VIH (≥ 15 ans), par sexe, Canada, 2013 à 2022 ^a

Année du décès	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
2013	189	52	241
2014	149	56	205
2015	131	59	190
2016	134	41	175
2017	117	25	142
2018	112	30	142
2019	81	24	105
2020	111	25	136
2021	107	26	133
2022	98	31	129
Total	1 229	369	1 598

Source : SC

^a En raison de l'amélioration de la méthodologie et de l'actualité de Statistique Canada, la durée de la collecte des données a été raccourcie par rapport aux années précédentes. Par conséquent, il se peut que moins de décès aient été saisis au moment de la diffusion des données de la BCDECD. Les données de 2020, 2021 et 2022 devraient être considérées comme préliminaires.

Tableau 7 : Nombre de décès attribués à l'infection à VIH par groupe d'âge, Canada, 2013 à 2022

Groupe d'âge	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfants < 15 ans	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15 à 19 ans	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 à 24 ans	3	1,2	1	0,5	1	0,5	1	0,6	3	2,1	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6
25 à 29 ans	3	1,2	2	1,0	1	0,5	4	2,3	2	1,4	2	1,4	1	1,0	2	1,5	4	3,0	4	3,1
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	20	15,5
40 à 59 ans	153	63,5	127	62,0	121	63,7	108	61,7	71	50,0	78	54,9	59	56,2	68	50,0	74	55,6	53	41,1
≥ 60 ans	55	22,8	48	23,4	49	25,8	38	21,7	55	38,7	43	30,3	33	31,4	51	37,5	42	31,6	50	38,8
Total	241	n/a	205	n/a	190	n/a	175	n/a	142	n/a	142	n/a	105	n/a	136	n/a	133	n/a	129	n/a

Source : SC

Abréviations : n, nombre

Discussion

En 2022, 1 833 premiers diagnostics de VIH ont été déclarés au Canada. Bien que le taux de diagnostic ait fluctué au cours des années précédentes, le taux de diagnostic du VIH de 4,7 pour 100 000 a représenté une augmentation par rapport à 2020 (3,5 pour 100 000) et 2021 (3,8 pour 100 000), mais se situait dans l'intervalle historique des taux de diagnostic prépandémiques déclarés pour 2013-2019 (intervalle : 4,7-5,2 pour 100 000). En plus d'une augmentation du taux global de diagnostic, les taux de diagnostic chez les personnes de sexe masculin (6,3 pour 100 000) et les personnes de sexe féminin (3,1 pour 100 000) ont également augmenté. Étant donné que l'accent a été mis sur la déclaration des premiers diagnostics seulement en 2020 ¹⁹, ces tendances doivent être interprétées avec prudence. L'augmentation continue en 2022 pourrait représenter un « rebond » des diagnostics de VIH qui persiste depuis le début de la pandémie de la COVID-19, avec une augmentation observée de 38,3 % dans le nombre de premiers diagnostics par rapport à 2020. Ce rebond est probablement causé en partie par l'augmentation des tests et de l'accès aux services d'ITSS et aux mesures de prévention, et par l'augmentation de la migration à mesure que les restrictions de la pandémie ont été levées. Bien que le volume d'immigration au Canada ait augmenté après la pandémie, l'augmentation des cas de VIH recensés par des EMI est proportionnelle à l'augmentation du nombre de EMI en raison de l'augmentation des volumes d'immigration.

Afin d'améliorer l'exactitude des rapports et de l'analyse des tendances du VIH lorsqu'il y a des mouvements de personnes à l'intérieur d'un pays ou des personnes diagnostiquées avant la migration, il est important de faire la distinction entre les premiers diagnostics et les cas précédemment diagnostiqués de VIH ²⁰. Bien que l'inclusion de cas de VIH diagnostiqués antérieurement permette de mieux comprendre la prévalence, qui peut être utilisée dans la planification et le traitement du système de soins de santé, la déclaration des premiers diagnostics aide à mieux comprendre la transmission du VIH et peut être utilisée pour planifier des initiatives de prévention ²⁰. À ce titre, le rapport de surveillance du VIH s'est concentré sur la déclaration des premiers diagnostics à partir du rapport de surveillance de 2020 ¹⁹. Bien que les données de surveillance pour 2020, 2021 et 2022 ne comprennent que les premiers diagnostics, les données pour les années précédentes incluent les cas diagnostiqués antérieurement, car toutes les régions n'ont pas été en mesure de fournir des données sur les cas diagnostiqués antérieurement avant 2020. On trouvera à l'**annexe 2** plus de détails sur l'état des rapports sur les cas diagnostiqués pour la première fois par rapport aux cas diagnostiqués précédemment. Comme l'ensemble national de données contient des cas diagnostiqués avant 2020, les tendances présentées doivent être interprétées avec prudence.

Le déclin observé des diagnostics de VIH en 2020 et les augmentations subséquentes en 2021 et 2022 sont compatibles avec le modèle observé dans d'autres pays. Par exemple, au Royaume-Uni (R.-U.), le nombre de diagnostics de VIH a diminué à 3 026 en 2020 et a augmenté à 3 118 en 2021

et à 3 805 en 2022 ³⁵. Aux États-Unis, le nombre de diagnostics de VIH a diminué à 30 275 en 2020 et a augmenté à 35 716 en 2021 et à 37 449 en 2022 ³⁶. Cependant, le nombre de décès attribués au VIH en Australie a diminué, passant de 626 en 2020 à 541 en 2021, avant d'augmenter en 2022, où il est passé à 555 ³⁷. 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 la COVID-19; les augmentations subséquentes étaient probablement causées par un accès accru au dépistage du VIH après les étapes initiales de la pandémie. À ce titre, il est également important d'examiner les tendances du dépistage du VIH à l'échelle internationale afin de déterminer si les tendances observées au Canada sont comparables. Alors que les données de dépistage du VIH pour 2022 n'étaient pas disponibles pour les États-Unis et l'Australie, le nombre de tests de dépistage du VIH effectués au Royaume-Uni est passé de 1 048 551 en 2021 à 1 155 551 en 2022, mais est resté inférieur au nombre de tests de 2019 ³⁵.

En comparant le taux de diagnostic avec celui des homologues internationaux ayant des systèmes de surveillance du VIH comparables, le taux de diagnostic du VIH du Canada de 4,7 pour 100 000 était inférieur à celui du Royaume-Uni, qui était de 6,0 pour 100 000, et de la France, qui était de 6,1 pour 100 000 ³⁸. Même si le nombre de diagnostics de VIH était disponible pour l'Australie, le taux de diagnostic du VIH n'était pas disponible ³⁷. Les quatre pays font état de premiers diagnostics, et tous ont constaté des diminutions en 2020. En 2022, l'Australie, le Royaume-Uni et la France ont signalé une augmentation du nombre de premiers diagnostics, semblable au Canada. Alors que le Royaume-Uni a signalé une augmentation du nombre de tests en 2022, ce nombre était tout de même inférieur au nombre de tests en 2019; le nombre de personnes ayant accès aux soins avait augmenté en 2022 par rapport à 2020 et 2021 ³⁹. Cependant, des données sur les années subséquentes sont nécessaires pour examiner les tendances au cours des dernières étapes de la pandémie et au-delà.

Les obstacles signalés à l'accès aux services de santé liés aux ITSS et le retour subséquent à un accès plus normal peuvent expliquer les variations du nombre de tests de dépistage du VIH réalisés au fil du temps. Par exemple, le Manitoba ⁴⁰ et l'Ontario ⁴¹ avaient observé une augmentation des volumes de dépistage en 2021 et 2022, retournant aux niveaux de dépistage prépandémiques après avoir diminué pendant la pandémie en 2020. Cependant, bien que les volumes de tests de dépistage soient revenus à des niveaux normaux prépandémiques en Colombie-Britannique en 2021 après une diminution en 2020, les volumes de tests de dépistage pour les premier et deuxième trimestres de 2022 sont inférieurs aux trimestres correspondants en 2021 ⁴². Des études portant sur les effets de la réduction des tests de dépistage du VIH et des services de prévention pendant la pandémie de COVID-19 ont permis de constater la possibilité d'une augmentation de la transmission du VIH au cours des premières étapes de la pandémie et au-delà ^{43, 44}.

La collecte de données fondées sur la race, l'origine ethnique et d'autres caractéristiques sociales représente 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 ³².

Malheureusement, la proportion de cas en 2022 pour lesquels des données sur la race ou l'origine ethnique étaient disponibles est demeurée faible à 42,3 %. Cette faible exhaustivité est attribuable à diverses raisons dans les provinces et les territoires, allant d'une collecte limitée de ces renseignements aux restrictions sur la capacité de déclarer 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 dans les données empêche les utilisateurs des données de surveillance du VIH de déterminer avec précision les disparités dans le fardeau du VIH chez certaines populations et de comprendre l'ampleur de leur besoins en soins et en prévention pour ces populations. L'objectif actuel du travail de renouvellement mené par le programme national de surveillance du VIH consiste en l'amélioration de la collecte de données fondées sur la race grâce à une collaboration continue avec les fournisseurs de données provinciaux, territoriaux et fédéraux ainsi qu'avec les membres des communautés, les organisations et d'autres utilisateurs de données. Cela comprend notamment les collaborations continues 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 (51,1 %) de tous les diagnostics chez les personnes de sexe masculin, ce qui est légèrement inférieur à ce qui a été observé les années précédentes. Bien que l'incidence 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 gais, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels 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 ⁴⁵. En ce qui concerne les autres catégories d'exposition, la proportion de cas chez les personnes de sexe masculin attribuables au contact hétérosexuel (29,4 %) a augmenté de 2018 (19,7%) à 2022 (29,4%), et la proportion attribuable à l'utilisation de drogues injectables a augmenté de 2016 (4,2 %) à 2021 (16,0 %) avant de diminuer en 2022 (13,1 %). Il convient également de noter que la pandémie a eu des répercussions importantes sur les services de prévention du VIH, par exemple la proportion de 80,6 % des personnes qui consomment des substances déclarant avoir de la difficulté à accéder aux services de réduction des méfaits ⁴⁶.

À l'instar des années précédentes, les contacts hétérosexuels (60,1 %) et l'utilisation de drogues par injection (36,1 %) sont les catégories d'exposition les plus courantes chez les personnes de sexe féminin. L'augmentation des proportions attribuables aux deux catégories d'exposition entre 2019 et 2021 peut être un artefact statistique causé par le retrait de ceux qui ont été diagnostiqués à

l'extérieur du pays de la catégorie d'exposition « Autre » (faisant partie du changement méthodologique aux premiers diagnostics en 2020).

La transmission par des contacts hétérosexuels est devenue une voie de plus en plus importante d'acquisition du VIH. En effet, une plus grande proportion de diagnostics de VIH attribués à cette catégorie d'exposition que les années précédentes. Divers facteurs contribuent à l'acquisition du VIH par le biais de contact hétérosexuel, y compris les déterminants sociaux de la santé et les pratiques sexuelles et préventives. Une étude menée entre 2015 et 2019 auprès des personnes de sexe masculin hétérosexuelles noires à Ottawa et à Windsor, ON, a révélé des risques plus faibles de diagnostic du VIH chez les utilisateurs de condoms, ainsi qu'une probabilité accrue chez ceux qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires et ceux qui ont de la difficulté à accéder aux soins de santé sexuels ⁴⁷. D'autres analyses de la même cohorte ont indiqué que 55,0 % des personnes de sexe masculin hétérosexuelles noires de Windsor et 70,2 % de celles d'Ottawa ont déclaré avoir eu au moins une ou plusieurs partenaires sexuelles occasionnelles de sexe féminin au cours de l'année précédente, et seulement 32,1 % et 34,3 % respectivement ont déclaré avoir toujours utilisé des condoms avec ces partenaires ⁴⁸. Bien qu'elle ne se limite pas aux hétérosexuels, une enquête de 2016 auprès des canadiens âgés de 18 à 25 ans qui ont voyagé à l'étranger a révélé que 75,6 % des personnes de sexe féminin ont déclaré avoir utilisé des condoms à la maison pour des rapports sexuels avec pénétration, 60,5 % ont demandé l'historique d'ITSS de leurs partenaires et 28,3 % ont demandé que leur partenaire soit soumis à un dépistage d'ITSS ⁴⁹. La même enquête a révélé que 76,2 % des personnes de sexe masculin ont déclaré avoir utilisé des condoms à la maison pour avoir des relations sexuelles avec pénétration, 58,1 % ont demandé l'historique d'ITSS de leur partenaire et 18,1 % ont demandé que leur partenaire soit soumis à un dépistage d'ITSS ⁴⁹. D'autres résultats du programme national de surveillance comportementale du VIH de 2019 aux États-Unis indiquent que, chez les personnes de sexe masculin séronégatives ayant des partenaires féminins, 83,9 % ont déclaré avoir eu des rapports vaginaux sans condom et 19,9 % ont déclaré avoir eu des rapports anaux sans condom au cours des 12 derniers mois; parmi les personnes de sexe masculin vivant avec le VIH et ayant des partenaires féminins, ces proportions de rapports sans condom étaient de 63,1 % et 20,0 %, respectivement ⁵⁰. Chez les personnes de sexe féminin séronégatives ayant des partenaires masculins, 88,7 % ont déclaré avoir eu des rapports vaginaux sans condom et 23,6 % ont déclaré avoir eu des rapports anaux sans condom tandis que chez les personnes de sexe féminin vivant avec le VIH, 76,6 % ont déclaré avoir eu des rapports vaginaux sans condom et 32,1 % ont déclaré avoir eu des rapports anaux sans condom ⁵⁰. L'utilisation de la PrPE au Canada était différente selon le sexe. En effet, 98 % des utilisateurs de la PrPE en 2022 étaient des personnes de sexe masculin et 2 % des personnes de sexe féminin ⁵¹, bien qu'on ne sache pas combien de ces utilisateurs sont hétérosexuels. Il convient de noter que les études mentionnées ici n'ont pas tenu compte du genre dans leurs analyses et qu'elles ont plutôt examiné les catégories de sexe binaires uniquement.

Des facteurs associés à une probabilité accrue d'acquisition du VIH ont également été observés chez les populations clés touchées de façon disproportionnée par le VIH. Il est important que les populations touchées de façon disproportionnée par le VIH reçoivent le soutien dont elles ont besoin afin d'adapter les interventions qui favorisent la prévention, le dépistage et le traitement du VIH dans leurs communautés.

Dans les enquêtes de l'ASPC de 2018 à 2020 auprès des membres des Premières Nations de l'Alberta et de la Saskatchewan, 81,9 % des répondants ont déclaré avoir accès à des soins de santé primaires, bien que seulement 36,4 % aient déclaré qu'ils utilisaient des services qui comprenaient des pratiques de santé ou de santé autochtones et seulement 37,3 % ont déclaré avoir reçu des conseils de prévention des ITSS au cours des douze mois précédents. En ce qui a trait au dépistage du VIH, 62,8 % des personnes vivant dans les communautés de Premières Nations de l'Alberta et de la Saskatchewan ¹⁶ ont déclaré avoir déjà passé un test de dépistage du VIH. Au cours de la même période, 18,3 % ont déclaré avoir évité les services de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination ¹⁶.

Des enquêtes similaires menées de 2017 à 2019 auprès de personnes au Canada qui s'injectaient des drogues ont révélé que 11,6 % des participants déclaraient s'être injectés avec des aiguilles ou des seringues usagées au cours des six mois précédents, et que 38,0 % déclaraient s'être injectés avec d'autres matériaux d'injection usagés tels que des filtres, des réchauds ou ouate. Les répondants au sondage ont également déclaré avoir utilisé des services de réduction des méfaits : 90,1 % des répondants ont eu recours à un programme de distribution d'aiguilles ou de seringues et 13,5 % des répondants ont utilisé un site d'injection ou de consommation supervisée au cours des douze mois précédents, et 90,5% de personnes qui utilisent les drogues par injection ont déclaré avoir déjà passé un test de dépistage du VIH ¹⁵.

La proportion d'adolescents Afro-Canadiens en Colombie-Britannique ayant déclaré au moins deux partenaires sexuels au cours de la dernière année n'a pas beaucoup changé, passant de 51,1 % en 2003 à 54,2 % en 2018, mais la proportion de ceux qui ont déclaré ne pas utiliser de condoms à la dernière occurrence de sexe est passée de 31,1 % en 2003 à 48,4 % en 2018. Les participants qui ont subi de la violence sexuelle, de la discrimination raciale ou de genre, ou qui ont déclaré des niveaux de sécurité inférieurs dans leur quartier étaient plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels à risque accru de transmission du VIH ⁵².

L'impact de la pandémie de la COVID-19 sur les comportements associés à une probabilité accrue d'acquisition du VIH, comme la consommation de drogues injectables ou les rapports sexuels sans condom ou l'utilisation de la PrPE, a été mitigée, et une hausse de ces comportements a été constatée chez certaines populations. Dans une enquête menée auprès des participants dans les

cliniques d'ITS de la Colombie-Britannique, seulement 5 % des participants ont déclaré une augmentation du nombre de partenaires entre mars et mi-mai 2020 et 26 % ont déclaré une augmentation du nombre de partenaires de mai à juillet-août 2020 ⁵³. Alors que la majorité des personnes qui s'injectent des drogues à Montréal n'ont signalé aucun changement dans l'utilisation globale des drogues injectables, 15,9 % ont signalé une augmentation de l'utilisation des drogues injectables pendant la pandémie de la COVID-19 ⁵⁴. La prévalence de l'utilisation de la PrPE pour le VIH a augmenté dans toutes les provinces canadiennes après la pandémie de la COVID-19, comparativement à celle-ci, la prévalence nationale passant de 61 pour 100 000 personnes en 2019 à 89 pour 100 000 en 2022 ⁵¹. Malgré une utilisation accrue de la PrPE, une fréquence accrue de comportements augmentant la probabilité d'acquisition du VIH a été observée chez certaines personnes.

Il est probable que la migration soit un facteur important de l'augmentation du nombre de diagnostics de VIH déclaré cette année. En 2022, les migrations ont augmenté et ont même dépassé les niveaux pré-pandémiques, le Canada accueillant 431 645 résidents permanents ⁵⁵. Des augmentations similaires ont également été déclarées au Royaume-Uni ⁵⁶ et en Australie ⁵⁷. Une augmentation correspondante a été observée dans le nombre de cas de VIH recensés par les EMI effectués au Canada, qui est passé de 453 en 2021 à 1 032 en 2022. Rien qu'en Alberta, leur rapport annuel a révélé que 40,1 % des nouveaux diagnostics de VIH chez les personnes de sexe masculin et 46,3 % chez les personnes de sexe féminin ont été contractés à l'extérieur du pays, soit une augmentation par rapport à 2021, où le pourcentage était inférieur à 40 % ⁵⁸. IRCC a noté que pour les EMI (tant ceux effectués au Canada qu'à l'étranger), la proportion d'EMI ayant reçu un diagnostic de VIH a diminué de 2017 à 2021 et a augmenté en 2022 pour se situer dans l'intervalle des proportions observées avant la pandémie, ce qui appuie l'idée selon laquelle l'augmentation du nombre d'immigrants est un des principaux facteurs de l'augmentation des cas de VIH identifiés par les EMI. Les migrants sont confrontés à des obstacles dans l'accès au dépistage et aux soins du VIH, comme la difficulté d'accès aux soins de santé, la stigmatisation liée au VIH et d'autres politiques et règlements, le système de santé et les obstacles au niveau communautaire et individuel ⁵⁹. Ces obstacles peuvent être encore exacerbés pour les migrants qui sont des minorités sexuelles ou de genre, qui sont racialisées ou qui travaillent dans l'industrie du sexe. Lorsqu'on évalue le fardeau du VIH dans les communautés de migrants, il est également important de reconnaître que le VIH n'a pas toujours été acquis à l'extérieur du Canada. Des études antérieures ont montré que parmi les migrants vivant avec le VIH, environ 40 % en Europe ⁶⁰ et près de la moitié en Australie ⁶¹, ont acquis le VIH après la migration. Toutefois, en général on ne peut distinguer le lieu d'acquisition du VIH (c.-à-d. au Canada ou à l'étranger) en se fondant sur les données nationales de surveillance du VIH reçues par l'ASPC des provinces/territoires ou d'IRCC.

La transmission périnatale du VIH au Canada demeure faible avec six infections périnatales déclarées en 2022. Deux nourrissons étaient nés de personnes qui n'avaient reçu aucun traitement antirétroviral (TAR), trois nourrissons étaient nés de personnes qui avaient reçu un TAR partiel et un nourrisson était né d'une personne dont le statut de TAR n'était pas connu. La pandémie de COVID-19 a également eu une incidence 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 ⁶². Les personnes qui étaient enceintes et qui avaient contracté le VIH par utilisation de drogues injectables (UDI) présentaient la plus grande probabilité de transmission périnatale en raison d'un traitement sous-optimal du VIH ⁶².

Malgré les progrès réalisés en matière de prévention et de traitement, le VIH demeure un fardeau important pour la santé au Canada, avec 1 597 décès attribuables au VIH entre 2013 et 2022. 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 noires sont exposées à un risque de décès par VIH nettement plus élevé que les populations blanches, à savoir 5 fois et 21 fois plus élevé chez les personnes de sexe masculin et les personnes de sexe féminin, respectivement ⁶³. Pourtant, les décès attribués au VIH continuent d'être sous-déclarés, même si ces données proviennent des registres de l'état civil. Les raisons pour cette sous-déclaration comprennent : la variabilité de l'attribution des causes de décès entre les médecins, la détermination de la cause du décès étant sensible à l'ordre dans lequel les diagnostics sont répertoriés, difficulté à déterminer la cause sous-jacente de certaines affections et mauvaise définition de la cause de décès pour des maladies stigmatisées comme le VIH ⁶⁴. En ce qui concerne la mauvaise définition de la cause des décès, il a été démontré que les décès liés au VIH étaient attribués à tort à des « anticorps d'immunodéficience » et à des « immunodéficiences autres » ⁶⁵.

Cependant, il existe des différences dans la cascade des soins du VIH entre les différentes populations. Parmi toutes les personnes atteintes du VIH en Colombie-Britannique en 2022, 79,1 % sont traitées et 56,5 % ont une charge virale supprimée ⁶⁶. De plus, les données récemment publiées par la Colombie-Britannique indiquent que les personnes de sexe féminin, les personnes de moins de 30 ans et les personnes qui utilisent les drogues par injection présentaient des proportions inférieures diagnostiquées en traitement et ayant une charge virale supprimée par rapport à leurs homologues masculins, plus âgés et qui ne s'injectent pas de drogues, respectivement ⁶⁶. Parmi les personnes atteintes du VIH en Colombie-Britannique, 85,9 % sont traitées avec ARV et 84,3 % ont une charge virale supprimée ⁴¹. Or en Europe, 90 % de toutes les personnes vivant avec le VIH sont diagnostiquées, 96 % des personnes diagnostiquées sont en traitement et 94 % des personnes en traitement ont une charge virale supprimée ⁶⁷.

En plus des groupes mentionnés, le rapport du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies a identifié d'autres populations clés touchées de façon disproportionnée par le VIH, y compris les migrants, les travailleurs du sexe et les prisonniers ⁶⁷. Des modèles antérieurs de la Colombie-Britannique indiquent qu'un effort constant combinant tests de dépistage, rétention dans les soins et initiatives de traitement pourrait réduire l'incidence cumulative du VIH de 12,8 % et les décès de 4,7 % chez les personnes vivant avec le VIH ⁶⁸. L'amélioration de la qualité des données de surveillance pendant le renouvellement du système de surveillance du VIH fournira les données nécessaires à l'allocation appropriée des ressources pour le dépistage, le maintien en soins et le traitement, à mesure que le Canada se rapproche des cibles 90-90-90 d'ici 2020 et 95-95-95 d'ici 2030 ⁶⁹.

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. Ce rapport de surveillance présente les premiers diagnostics pour les treize provinces et territoires, offrant 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 2013 à 2019. Le changement apporté ces dernières années pour mettre l'accent sur les premiers diagnostics permet de mieux comprendre où la transmission du VIH pourrait se produire 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 détaillées précédemment ^{19, 22, 70}. Elles incluent une faible exhaustivité des renseignements sur la race ou l'origine ethnique; l'absence de renseignement sur des éléments de données comme l'identité de genre, ou une collecte incohérente de celles-ci; et la variation dans la déclaration des cas précédemment diagnostiqués dans les données historiques (avant 2019). De plus, il se peut que les personnes diagnostiquées par autodépistage du VIH ne soient pas enregistrées dans les données de diagnostic nationales.

Toute interprétation et toute utilisation des données sur la race ou l'origine ethnique présentées dans le présent rapport doivent être examinées avec prudence étant donné que ces données sont incomplètes. 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. Le travail de renouvellement de le SSVS en cours porte directement sur ces préoccupations et nous visons à améliorer la collecte de données sur la race et/ou l'origine ethnique dans les années à venir.

L'information sur les identités trans et non binaires est également très limitée, car les données actuelles ne comprennent que des catégories de sexe binaires (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 ⁷¹. Le SSVS travaille activement à l'amélioration de la collecte de données et de l'établissement de rapports afin de mieux représenter les communautés de genre divers.

Il est possible que la pandémie de la COVID-19 ait continué d'avoir des répercussions sur les données de surveillance en 2022, notamment par une 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. La déduplication et l'identification des premiers diagnostics sont effectuées au niveau PT et, en raison des défis de la déduplication et des limites des systèmes PT, il est possible qu'il y ait encore des doublons ou des cas positifs antérieurs dans les données. On s'attend à ce qu'il y ait une amélioration graduelle par le retrait 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 personnes nouvellement vivant avec le VIH (incidence) ou le nombre total de personnes vivant avec le VIH (prévalence) au Canada en 2022. Les données incluses dans ce rapport de surveillance doivent être considérées comme provisoires, car les données de surveillance nationales sont mises à jour chaque année. 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 nouveaux diagnostics de VIH au Canada ont augmenté en 2022 par rapport à 2021, au même niveau que ceux observés avant la pandémie de la COVID-19, bien que le taux global reste légèrement plus faible. Il est probable que l'augmentation observée en 2022 soit causée

par certains changements de comportement qui augmentaient la probabilité d'acquisition du VIH pendant la pandémie, et, du moins en partie, en raison de l'augmentation des volumes d'immigration (et non l'augmentation du taux de tests de dépistage du VIH positifs lors des EMI), et peuvent s'expliquer dans une certaine mesure par un accès renouvelé au dépistage du VIH. On ignore toujours l'impact de la pandémie de la COVID-19 et ses effets à long-terme auront 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 (95-95-95 d'ici 2030). 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 les services de surveillance du VIH, de mieux répondre aux besoins de preuves de surveillance, de progresser vers une intégration des perspectives communautaires, et de produire des produits de mobilisation des connaissances plus utiles et plus adaptés sur le plan culturel.

Tableaux de données

Tableau de données 1 : Nombre de premiers diagnostics de VIH et taux de diagnostic global, par sexe et par année, Canada, 2013 à 2022 ^a

Année du diagnostic	Total des diagnostics	Taux global pour 100 000	Diagnostics de sexe masculin ^a	Taux de sexe masculin pour 100 000 ^a	Diagnostics de sexe féminin ^a	Taux de sexe féminin pour 100 000 ^a
2013	1 837	5,2	1 457	8,4	374	2,1
2014	1 755	5,0	1 356	7,7	391	2,2
2015	1 766	4,9	1 362	7,7	400	2,2
2016	1 860	5,2	1 416	7,9	435	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	1 757	4,7	1 238	6,6	512	2,7
2020	1 325	3,5	942	5,0	375	2,0
2021	1 468	3,8	1 051	5,5	408	2,1
2022	1 833	4,7	1 224	6,3	597	3,1

^a Exclut les cas où le sexe était 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, 2022 ^{a,b}

Province ou région	Nombre de diagnostics	Taux de diagnostic du VIH (pour 100 000 habitants) en 2022	Diagnostics du VIH (pour 100 000 habitants) en 2021
Alberta ^a	190	4,2	4,0
Région de l'Atlantique ^b	39	1,6	1,4
Colombie-Britannique	134	2,5	2,8
Manitoba	196	13,9	10,4
Ontario	623	4,1	3,3
Québec	422	4,9	2,9
Saskatchewan	227	19,0	20,1
Territoires ^b	2	1,5	1,6

^a Pour l'Alberta, la déclaration nationale exclut les cas de VIH pour lesquels le lieu de la première séropositivité a été identifié comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante; par conséquent, les totaux des cas de VIH de l'ASPC peuvent différer de ceux rapportés par l'Alberta.

^b Les taux pour les territoires (Yukon, Nunavut et Territoires du Nord-Ouest) et la région de l'Atlantique (Île-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador) sont présentés sous

forme de moyennes. Source des données sur la population : Statistiques démographiques annuelles, Division des études démographiques, Statistique Canada, 1er juillet 2022

Tableau de données 3 : Nombre et taux de premiers diagnostics de VIH (pour 100 000 habitants), par sexe et groupe d'âge, Canada, 2022 ^a

Groupe d'âge	Sexe masculin		Sexe féminin	
	Nombre de diagnostics	Taux pour 100 000	Nombre de diagnostics	Taux pour 100 000
Enfants < 15 ans	3	0,1	8	0,3
15 à 19 ans	16	1,5	11	1,1
20 à 24 ans	105	8,0	43	3,6
25 à 29 ans	191	13,6	85	6,5
30 à 39 ans	484	17,4	228	8,4
40 à 59 ans	339	6,8	193	3,8
≥60 ans	84	1,8	29	0,5

Abréviation : <, moins de

^a Exclut les cas où le sexe était 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, 2013 à 2022 ^{a,b}

Groupe d'âge	Année du diagnostic																			
	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux
Enfants < 15 ans	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	11	0,2
15 à 19 ans	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	27	1,3
20 à 24 ans	173	7,2	181	7,5	179	7,5	180	7,5	146	6,1	171	7,0	167	6,7	131	5,3	128	5,2	149	5,9
25 à 29 ans	257	10,7	214	8,9	319	13,1	292	11,8	313	12,5	304	11,8	298	11,3	229	8,7	258	9,8	277	10,2
30 à 39 ans	560	11,8	569	11,9	475	9,8	556	11,3	574	11,5	559	11,0	550	10,6	435	8,2	466	8,7	719	13,1
40 à 59 ans	706	6,9	636	6,2	640	6,3	673	6,6	632	6,2	642	6,4	599	5,9	413	4,1	473	4,7	535	5,3
≥60 ans	87	1,2	117	1,5	110	1,4	107	1,3	103	1,2	116	1,3	101	1,1	89	0,9	108	1,1	113	1,1

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

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

^b Source des données sur la population : Statistiques démographiques annuelles, Division des études démographiques, Statistique Canada, 1er juillet 2022

Tableau de données 5a : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2013 à 2022 ^{a,b,c}

Catégorie d'exposition	Année du diagnostic																			
	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Contacts sexuels entre hommes	858	51,8	786	50,8	768	48,7	793	48,5	751	46,4	715	45,0	642	43,1	452	41,9	475	39,7	504	34,8
Contacts sexuels entre hommes et utilisation de drogues injectables	43	2,6	43	2,8	46	2,9	53	3,2	35	2,2	49	3,1	49	3,3	27	2,5	43	3,6	48	3,3
Utilisation de drogues	196	11,8	195	12,6	229	14,5	213	13,0	235	14,5	267	16,8	263	17,6	240	22,3	260	21,8	297	20,5
Contact hétérosexuel	487	29,4	432	27,9	474	30,0	496	30,3	513	31,7	489	30,8	453	30,4	346	32,1	406	34,0	568	39,2
Autre ^c	72	4,3	92	5,9	61	3,9	80	4,9	83	5,1	68	4,3	84	5,6	13	1,2	11	0,9	33	2,3

Abréviations : n = nombre

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

^b Source des données sur la population : Statistiques démographiques annuelles, Division des études démographiques, Statistique Canada, 1er juillet 2022

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

Tableau de données 5b : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe masculin (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2013 à 2022 ^{a,b,c,d}

Catégorie d'exposition	Année du diagnostic																			
	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Contacts sexuels entre hommes	858	65,1	786	64,7	768	62,7	793	63,1	751	59,9	714	60,9	638	59,6	452	58,0	473	54,3	501	51,1
Contacts sexuels entre hommes et utilisation de drogues	43	3,3	43	3,5	46	3,8	53	4,2	35	2,8	49	4,2	49	4,6	27	3,5	43	4,9	48	4,9
Utilisation de drogues	121	9,2	111	9,1	133	10,9	116	9,2	142	11,3	146	12,4	127	11,9	120	15,4	139	16,0	129	13,1
Contact hétérosexuel	259	19,7	221	18,2	246	20,1	254	20,2	279	22,3	227	19,4	219	20,5	171	22,0	209	24,0	288	29,4
Autre ^d	37	2,8	53	4,4	32	2,6	40	3,2	46	3,7	37	3,2	37	3,5	9	1,2	7	0,8	15	1,5

Abréviations : n = nombre

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

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

^c Source des données sur la population : Statistiques démographiques annuelles, Division des études démographiques, Statistique Canada, 1er juillet 2022

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

Tableau de données 5c : Répartition en pourcentage des premiers cas de VIH chez les adultes de sexe féminin (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et année de diagnostic, Canada, 2013 à 2022 ^{a,b,c,d}

Catégorie d'exposition	Année du diagnostic																			
	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilisation de drogues injectables	74	22,0	82	24,8	96	27,3	97	25,7	92	25,4	121	29,2	136	32,7	120	40,4	121	37,7	168	36,1
Contact hétérosexuel	227	67,6	209	63,3	228	64,8	241	63,8	233	64,4	262	63,3	233	56,0	173	58,2	196	61,1	280	60,1
Autre ^d	35	10,4	39	11,8	28	8,0	40	10,6	37	10,2	31	7,5	47	11,3	4	1,3	4	1,2	18	3,9

Abréviations : n = nombre

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

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

^c Source des données sur la population : Statistiques démographiques annuelles, Division des études démographiques, Statistique Canada, 1er juillet 2022

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

Tableau de données 6 : Proportion de premiers cas de VIH déclarés (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition et groupe d'âge, Canada, 2022 ^{a,b,c,d}

Groupe d'âge	Contacts sexuels entre hommes		Contacts sexuels entre hommes et utilisation de drogues injectables		Utilisation de drogues injectables		Contact hétérosexuel		Autre ^d	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15 à 19 ans	9	45,0	0	0,0	3	15,0	6	30,0	2	10,0
20 à 24 ans	64	52,0	5	4,1	25	20,3	27	22,0	2	1,6
25 à 29 ans	97	43,5	8	3,6	46	20,6	69	30,9	3	1,3
30 à 39 ans	203	34,3	18	3,0	141	23,9	218	36,9	11	1,9
40 à 59 ans	103	25,1	13	3,2	75	18,2	206	50,1	14	3,4
≥ 60 ans	28	34,1	4	4,9	7	8,5	42	51,2	1	1,2

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

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

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

^c Source des données sur la population : Statistiques démographiques annuelles, Division des études démographiques, Statistique Canada, 1er juillet 2022

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

Tableau de données 7 : Nombre 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 2022 ^{a,b,c}

	Année de naissance									
	1984-2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Pas de prophylaxie périnatale par TAR										
Confirmé vivant avec le VIH	675	11	6	5	4	3	2	3	2	711
Asymptomatique	46	6	3	2	2	1	1	1	2	64
Symptomatique	6	1	1	0	0	0	0	1	0	9
Décédé du sida	100	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Décédé d'une autre cause	10	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Perdu de vue ^a	229	4	2	3	2	2	1	1	0	244
Soins aux adultes ^b	284	0	0	0	0	0	0	0	0	284
Confirmé ne vivant pas avec le VIH	512	6	10	10	6	4	4	2	5	559
Statut VIH non confirmé	26	0	0	0	0	0	1	0	2	29
Indéterminé	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Perdu de vue ^c	26	0	0	0	0	0	1	0	0	27
Sous-total	1 213	17	16	15	10	7	7	5	9	1 299
Toute prophylaxie périnatale par TAR										
Confirmé vivant avec le VIH	30	2	0	1	2	0	2	0	3	40
Asymptomatique	4	1	0	0	0	0	0	0	2	7
Symptomatique	1	0	0	0	0	0	1	0	1	3
Décédé du sida	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Décédé d'une autre cause	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Perdu de vue ^a	16	1	0	1	2	0	1	0	0	21
Soins aux adultes ^b	7	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Confirmé ne vivant pas avec le VIH	3 085	228	247	238	256	236	231	191	173	4 885
Statut VIH non confirmé	26	4	3	4	9	11	10	12	51	130

Indéterminé	0	0	0	0	0	0	0	0	51	51
Perdu de vue ^c	26	4	3	4	9	11	10	12	0	79
Sous-total	3 141	234	250	243	267	247	243	203	227	5 055
Exposition à la prophylaxie TAR périnatale inconnue	52	3	3	1	3	4	4	3	3	76
Total	4 406	254	269	259	280	258	254	211	239	6 430

Source de données : Données du PSPVC reçues le 13 mars 2023

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

^a Un enfant est considéré comme perdu de vue s'il n'y a pas de données sur son état actuel pour les 3 dernières années ou pour les 3 années précédant ses 18 ans.

^b Il s'agit des sujets qui étaient âgés de 18 ans ou plus à la fin de 2022 et qui ont été transférés vers des soins pour adultes.

^c Inclut également les nourrissons qui sont décédés avant que le statut ne soit 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 d'immigration (EMI), selon l'année et le lieu du test, 2013 à 2022 ^{a,b,c}

Année ^{a,b}	Testé au Canada		Testé à l'étranger		Total diagnostiqué avec le VIH à l'EMI
	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	% ^c	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	% ^c	
2013	422	67,7	201	32,3	623
2014	345	67,9	163	32,1	508
2015	350	63,6	200	36,4	550
2016	418	55,7	333	44,3	751
2017	549	65,7	286	34,3	835
2018	696	67,8	330	32,2	1 026
2019	626	52,7	562	47,3	1 188
2020	399	53,7	344	46,3	743
2021	453	52,4	412	47,6	865
2022	1 032	48,7	1 087	51,3	2 119
Total	5 290	57,5	3 918	42,5	9 208

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 2023. Reproduit et distribué avec la permission d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.

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

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

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

Tableau de données 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, 2013 à 2022 ^{a,b,c,d,e,f}

	Testé au Canada		Testé à l'étranger	
	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	%	Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH	%
Sexe ^b				
Masculin	3 277	59,3%	2 241	57,3%
Féminin	2 251	40,7%	1 668	42,7%
Groupe d'âge ^c				
<20	78	1,4%	247	6,3%
20 à 29	1 045	18,9%	1 149	29,3%
30 à 39	2 164	39,1%	1 343	34,3%
40 à 49	1 402	25,3%	662	16,9%
50 ou plus	844	15,3%	517	13,2%
Province ^{d,e}				
AB	476	8,6%	468	13,4%
C.-B.	462	8,3%	414	11,8%
MB	87	1,6%	204	5,8%
ON	2 893	52,3%	1 250	35,8%
QC	1 497	27,1%	842	24,1%
SK	62	1,1%	111	3,2%
Provinces de l'Atlantique ^f	55	1,0%	195	5,6%
Territoires ^f	1	0,0%	10	0,3%

^a Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, IRCC Système mondial de gestion des cas (SMGC) d'IRCC et Système médical de l'immigration (SMI)/Système de soutien des opérations des bureaux locaux (SSOBL) à partir de juillet 2023. Reproduit et distribué avec la permission d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.

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

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

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

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

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

Tableau de données 10 : Statistiques internationales des cas de VIH déclarés par pays, 2022 ^a

Pays	Nombre cumulé jusqu'en 2022 ^a	Nombre déclaré en 2022	Taux tous âges pour 100 000 habitants en 2022
Amérique du Nord et Australie			
Canada	90 910	1 833	4,7
États-Unis	ND	37 821	ND
Australie	ND	555	ND
Europe de l'Ouest			
Autriche	10 979	189	2,1
Andorre	96	ND	ND
Belgique	36 942	1 060	9,1
Danemark	8 558	258	4,4
Finlande	4 781	273	4,9
France	105 420	4 158	6,1
Allemagne	79 377	3 239	3,9
Grèce	17 784	565	5,4
Islande	545	40	10,6
Irlande	11 601	887	17,5
Israël	11 746	456	5,0
Italie	55 189	1 888	3,2
Luxembourg	3 510	71	11,0
Malte	772	60	11,5
Pays-Bas	30 732	431	2,5
Norvège	7 138	245	4,5
Portugal	66 146	804	7,8
Saint-Marin	94	1	3,0
Espagne	66 942	2 937	6,2
Suède	14 657	446	4,3
Suisse	37 894	349	4,0
Royaume-Uni	175 831	4 040	6,0

Abréviations : ND, non déclaré

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

Sources

- [Centers for Disease Control and Prevention. Core indicators for monitoring the Ending the HIV Epidemic initiative \(preliminary data\): National HIV Surveillance System data reported through June 2023; and preexposure prophylaxis \(PrEP\) data reported through March 2023.](#) HIV Surveillance Data Tables 2023; 4(3). Consulté le 15 décembre. 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)
- [National HIV notifications 2013 – 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 2023 – 2022 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023. Consulté le 1^{er} décembre 2023.](#) (en anglais seulement)

Annexe 1 : Contributeurs de données

Provinciaux et territoriaux

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

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

[BC Centre for Disease Control](#) (en anglais seulement)

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

[Santé Manitoba](#)

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

[Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick](#)

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

[Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador](#)

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

[Santé et services sociaux des Territoires du Nord-Ouest](#)

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

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

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

[Ministère de la Santé du Nunavut](#)

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

[Laboratoire de Santé publique Ontario](#)

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

[Santé publique Ontario](#)

661, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1V2

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

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

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

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

[Ministère de la Santé de la Saskatchewan](#) (en anglais seulement)

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

Ministère de la Santé et des Affaires sociales
du Yukon

4, chemin Hospital
Whitehorse (Yukon) Y1A 3H8

Autres contributeurs de données

Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

300, rue Slater
Ottawa (Ontario) K1P 6A6

Programme de surveillance périnatale du VIH
au Canada

Centre de recherche CHU Sainte-Justine
3175, Côte-Sainte-Catherine, salle 3713
Montréal (Québec) H3T 1C

Annexe 2 : Notes techniques

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

Les données relatives au VIH et au sida sont conservées dans deux bases de données non liées. Les exigences et les pratiques en matière de déclaration des cas du VIH et le sida sont différentes à travers le pays. Par le passé, il y avait également des variations dans la déclaration des premiers diagnostics du VIH et des diagnostics antérieurs, et tous les cas étaient désignés comme « nouvellement déclarés » dans les rapports précédents. La capacité de distinguer les premiers diagnostics des cas déjà diagnostiqués varie selon la province et le territoire et selon l'année de surveillance. Veuillez 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, 2013 à 2022** » pour plus de détails sur le schéma de déclaration des provinces et territoires sur les cas positifs antérieurs au cours des dix dernières années. La **Figure A2** présente la répartition de tous les cas (nouveaux diagnostics par rapport aux cas déjà diagnostiqués) dans les provinces et territoires canadiens au cours des 10 dernières années.

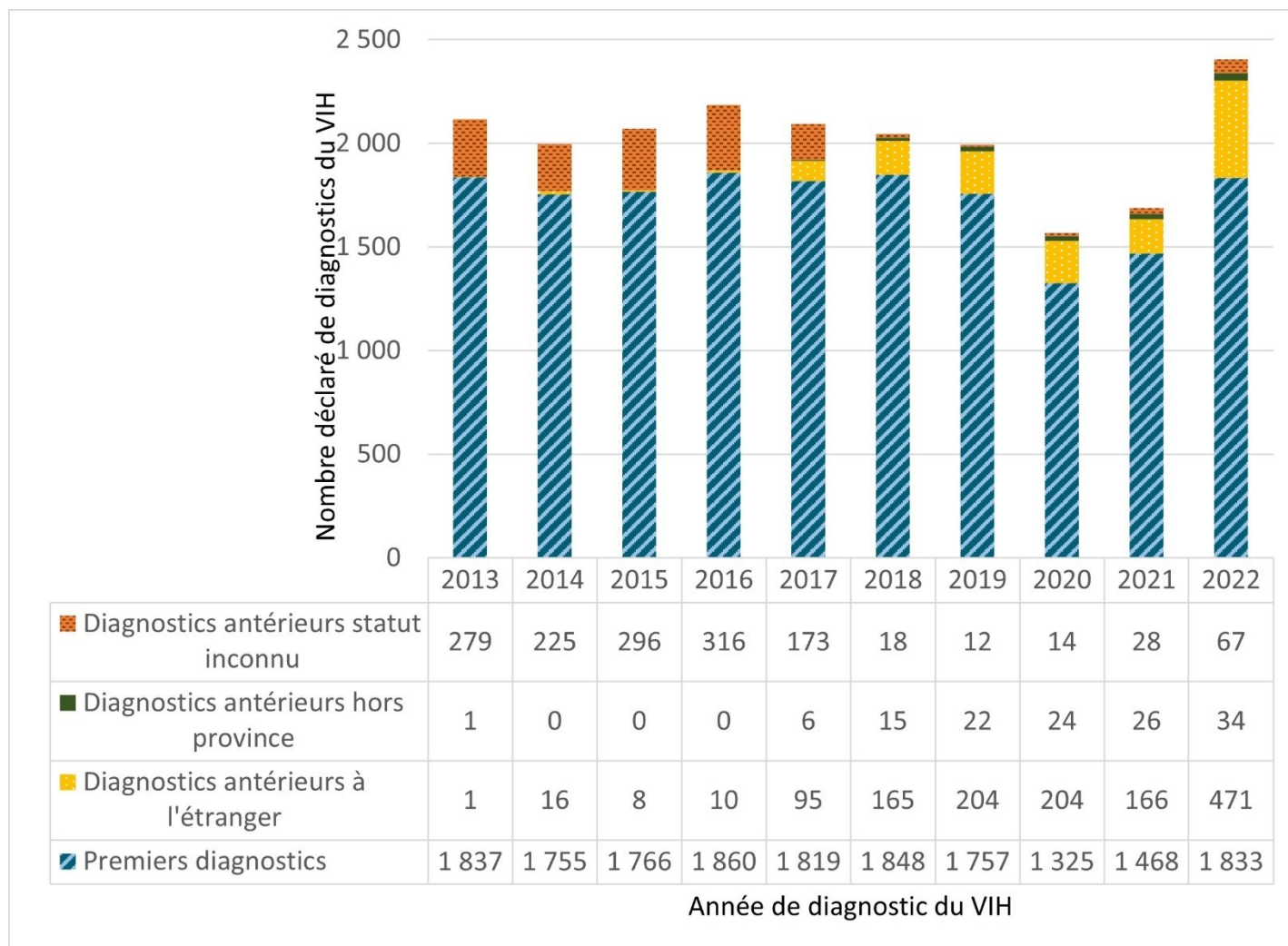
Figure A1 : État des rapports sur les premiers diagnostics et les cas déjà diagnostiqués dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2013 à 2022

Province ou Territoire	Année									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Alberta	N	N	N	N	N	N	N	O	O	O
Colombie-Britannique	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Manitoba	N	N	N	N	N	N	O	O	O	O
Nouveau Brunswick	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Terre-Neuve et Labrador	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Territoires du Nord-Ouest	N	N	N	N	N	N	N	O	O	O
Nouvelle-Écosse	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Nunavut	N	N	N	N	N	N	N	O	O	O
Ontario	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Île-du-Prince-Édouard	N	N	N	N	N	N	O	O	O	O
Québec	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Saskatchewan	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Yukon	N	N	N	N	N	N	N	O	O	O

Legend

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

Figure A2 : Les cas de VIH déclarés (y compris les premiers diagnostics de VIH et les cas déjà diagnostiqués) par année de diagnostic, Canada, 2013 à 2022 ^{a,b,c,d,e}



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

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

^c Comprend les données sur les cas de VIH diagnostiqués au Québec entre 2012 et 2016, comme le Québec a déclaré les premiers diagnostics de 2013 à 2022, mais la répartition du type de cas déjà diagnostiqué n'a pas été déclarée entre 2013 et 2016.

^d Les « diagnostics antérieurs statut inconnu » sont des cas diagnostiqués au Québec entre 2013 et 2016 et dans d'autres provinces où les cas ont été identifiés comme des cas déjà diagnostiqués, mais pour lesquels on ne dispose pas de suffisamment de renseignements pour les attribuer au DAE ou au DAP.

^e Les cas déclarés comme ayant fait l'objet d'un « diagnostic antérieur dans la province » pour le Québec (2017 à 2022) ont été exclus pour correspondre à la déclaration des cas dans les autres provinces et territoires.

Données sur le VIH

- Douze des treize provinces et territoires ont fourni des données des cas présentées par ligne sur les premiers diagnostics pour 2022. 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 2022; il a toutefois fourni des tableaux de données agrégés pour les premiers diagnostics afin que les données puissent être intégrées aux analyses nationales.
- Les autorités de santé publique provinciales et territoriales ont fourni des informations sur les cas diagnostiqués antérieurement dans leur soumission de données. Il s'agit de cas de VIH pour lesquels il existe des preuves d'un diagnostic antérieur connu dans un autre pays (diagnostic antérieur à l'étranger, DAE) ou dans une autre province ou territoire du Canada (diagnostic antérieur hors province, DAP). Les données agrégées supplémentaires du Québec incluaient les cas diagnostiqués antérieurement pour lesquels les renseignements étaient insuffisants pour déterminer s'il s'agissait de DAP ou de DAE. Dans le cas présent, ils ont été classés comme « diagnostics antérieurs statut inconnu » à la figure A2.
- Certaines provinces et certains territoires ont été en mesure de fournir des informations historiques sur les cas déjà diagnostiqués; toutefois, étant donné les contraintes de ressources rencontrées tout au long de la pandémie de la COVID-19, les provinces et territoires n'ont pas tous été en mesure de le faire pour le présent cycle de rapport.
- Les données des autorités de santé publique provinciales et territoriales sont continuellement mises à jour pour éliminer les cas en double et améliorer l'exhaustivité des données.
- Pour l'Alberta, en 2022, la déclaration nationale exclut les cas de VIH pour lesquels le lieu de la première séropositivité a été identifié comme étant à l'extérieur du pays ou de la province déclarante; par conséquent, les totaux des cas de VIH de l'ASPC peuvent différer des rapports provinciaux de l'Alberta. Cela est également indiqué dans le rapport.

Catégorie de race ou d'origine ethnique

- Les données sur la race et l'origine ethnique ont été soumises par toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse et du Québec. De plus, les pratiques de déclaration (telles que les catégories de race ou d'origine ethnique utilisées) varient selon les provinces et territoires et sont limitées dans certains provinces et territoires.

- Le Nouveau-Brunswick a 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 est autodéclaré comme autochtone ou non, mais n'a pas recueilli de renseignements sur une autre race ou origine ethnique. La Colombie-Britannique a fourni des renseignements sur la race et/ou l'origine ethnique dans les cas qui ne sont pas autochtones.
- Parmi les provinces et territoires, l'exhaustivité de cette variable variait de 25,0 % à 100 % en 2022 (42,3% dans l'ensemble) et doit donc être interprétée avec prudence compte tenu de la grande quantité de données manquantes, et pourrait ne pas être pleinement représentative du tableau national des renseignements sur la race ou l'origine ethnique dans les cas de VIH.
 - 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 provinces et territoires, 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 1er janvier 1979 au 31 décembre 2022, 25 091 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://canada.ca/maladies-a-declaration-obligatoire).

Figure A3 : État de la déclaration des diagnostics de sida dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, 2013 à 2022 ^{a,b,c}

Province ou Territoire	Année									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Alberta ^a	O	O	O	O	O	N	N	N	N	N
Colombie-Britannique ^b	O	O	O	O	O	O	O	O	O	DÉC
Manitoba ^c	O	O	O	O	O	N	N	N	N	N
Terre-Neuve et Labrador ^c	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Nouveau-Brunswick	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Nouvelle-Écosse	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Ontario	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Île-du-Prince-Édouard ^c	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Québec ^c	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Saskatchewan	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Yukon	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Nunavut	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Territoires du Nord-Ouest	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O

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

^a L'Alberta n'a pas déclaré de données sur le sida en raison de la sous-déclaration en 2018 et en 2019. Le sida n'est plus une maladie à déclaration obligatoire en Alberta depuis 2020.

^b Il y a un décalage d'un an associé à la soumission des données sur le sida en Colombie-Britannique (p. ex., les données de 2021 ont été soumises en 2022).

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

Annexe 3 : Hiérarchie des catégories d'exposition

Selon les informations fournies concernant les comportements, les cas de VIH ou de sida se voient attribuer une seule catégorie d'exposition dans la hiérarchie des catégories d'exposition de l'ASPC, celle qui correspond à la voie d'exposition présentant la plus grande probabilité de transmission du VIH. Par exemple, si un individu qui consomme des drogues injectables et qui déclare des contacts hétérosexuels est diagnostiqué séropositif, cet individu sera attribué à la catégorie d'exposition « utilisation de drogues injectables », car cette catégorie présente une probabilité plus élevée de transmission du VIH que le « contact hétérosexuel ». L'utilisation de la hiérarchie des catégories d'exposition présente plusieurs limites : la catégorie d'exposition ne fait pas de distinction entre les comportements spécifiques et les populations ayant un fardeau accru de VIH. L'évaluation de la catégorie d'exposition peut varier en fonction des réponses de l'individu et des questions posées par le prestataire de soins. Il se peut que la hiérarchie des catégories d'exposition doive être révisée en tenant compte de données plus récentes sur les probabilités de transmission du VIH, et ce, avec l'aide des partenaires de surveillance et des experts en la matière.

La hiérarchie des expositions est la suivante :

Contacts sexuels entre hommes : Cette catégorie comprend les hommes qui déclarent avoir eu des contacts sexuels avec d'autres hommes. Il est important de noter qu'il s'agit d'une catégorie générale qui ne considère pas que la probabilité d'acquérir ou de transmettre le VIH varie selon le type de contact sexuel. Par exemple, les relations sexuelles anales sans condom présentent le plus grand risque de transmission ^{72, 73}

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

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

Sang/produits sanguins :

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

Receveur de sang : A reçu une transfusion de sang total ou de composants sanguins, tels que concentré de globules rouges, plasma, plaquettes ou cryoprécipité.

Receveur de facteur de coagulation : A reçu des concentrés groupés de facteur de coagulation VIII ou IX pour le traitement de l'hémophilie/d'une autre coagulopathie.

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

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

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

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

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

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

Références

1. Joint United Nations Programme on, HIV/AIDS (UNAIDS). (2023) Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet 2023. Disponible auprès de: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf .
2. Laprise C and Bolster-Foucault C. Revue systématique des obstacles au dépistage du VIH au Canada; 2009–2019 . Relevé des maladies transmissibles au Canada 2021. DOI: <https://doi.org/10.14745/ccdr.v47i02a03f>.
3. Restall G, Ukoli P, Mehta P, et al. (2023) Resisting and disrupting HIV-related stigma: a photovoice study. BMC Public Health. DOI: 10.1186/s12889-023-16741-1.
4. Sullivan PS, Satcher Johnson A, Pembleton ES, et al. (2021) Epidemiology of HIV in the USA: epidemic burden, inequities, contexts, and responses. Lancet. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00395-0.
5. Agence de la santé publique du Canada. (2023) Le VIH au Canada, Rapport du Surveillance en date du 31 décembre 2021. Disponible auprès de: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-canada-rapport-surveillance-31-decembre-2021.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. Rick F, Odoke W, van den Hombergh J, et al. (2022) Impact of coronavirus disease (COVID-19) on HIV testing and care provision across four continents. HIV Med. DOI: 10.1111/hiv.13180.
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. Centre for Communicable Diseases and Infection Control. (2018) A summary of the Pan-Canadian framework on sexually-transmitted and blood-borne infections. Can Commun Dis Rep. DOI: 10.14745/ccdr.v44i78a05.

10. Jackson C and Tremblay G. (2019) Accelerating our response: Government of Canada five-year action plan on sexually transmitted and blood-borne infections. Canada communicable disease report. DOI: 10.14745/ccdr.v45i12a04.

11. Agence de la santé publique du Canada. (2024) Plan d'action 2024-2030 du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Disponible auprès de: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/plan-action-2024-2030-infections-transmissibles-sexuellement-et-par-sang.html> .

12. Agence de la santé publique du Canada. (2022) Pan-Canadian Health Data Strategy: Toward a world-class health data system. Disponible auprès de: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/mandate/about-agency/external-advisory-bodies/list/pan-canadian-health-data-strategy-reports-summaries/expert-advisory-group-report-03-toward-world-class-health-data-system/expert-advisory-group-report-03-toward-world-class-health-data-system.pdf> .

13. Agence de la santé publique du Canada. (2022) Short-term data priorities to support the COVID-19 response. Disponible auprès de: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/canadas-reponse/short-term-data-priorities.html> .

14. Joint United Nations Committee on A. (2023) 2025 AIDS Targets. Disponible auprès de: <https://aidstargets2025.unaids.org/#section-targets> .

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.

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.

17. Équipe de recherche Étude A/C. (2020) RAPPORT COMMUNAUTAIRE DE L'ÉTUDE A/C: 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.

18. WHO, CDC, UNAIDS, et al. (2017) Global HIV Strategic Information Working Group Biobehavioural Survey Guidelines For Populations At Risk For HIV. Disponible auprès de: <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-151301-2> .

19. 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> .
20. Popovic N, Yang Q, Haddad N, et al. (2019) Improving national surveillance of new HIV diagnoses. Can Commun Dis Rep. DOI: 10.14745/ccdr.v45i12a02.
21. 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> .
22. 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>.
23. Forbes JC, Alimenti AM, Singer J, et al. (2012) A national review of vertical HIV transmission. AIDS. DOI: 10.1097/QAD.0b013e328350995c.
24. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. Guide des professionnels désignés du Canada pour les examens médicaux aux fins de l'immigration – 2020, <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/publications-guides/manuel-professionnels-designes.html> (2023).
25. Statistique Canada. (2023) Statistique Canada, 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 .
26. Statistique Canada. (2023) 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 .
27. Statistique Canada. (2024) Estimations de la population au 1er juillet, par âge et genre. . Disponible auprès de: https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501&request_locale=fr .

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.
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.
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.
32. 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> .
33. British Columbia's Office of the Human Rights Commissioner. (2020) Racialization. Disponible auprès de: <https://bchumanrights.ca/glossary/racialization/> .
34. 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>.
35. UK Health Security Agency. HIV: annual data tables. , <https://www.gov.uk/government/statistics/hiv-annual-data-tables> (2023).

36. Centers for Disease Control and Prevention. America's HIV Epidemic Analysis Dashboard., <https://ahead.hiv.gov/?indicator=4&measure=count&display=table> (2023).
37. Kirby Institute, University of New South Wales. (2023) National HIV notifications 2013 – 2022. Disponible auprès de: <https://www.kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/documents/HIV-summary-2022.pdf> .
38. WHO Regional Office for Europe and European Centre for Disease Prevention and Control. (2023) HIV/AIDS surveillance in Europe 2023 - 2022 data. Disponible auprès de: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HIV-AIDS_surveillance_in_Europe_2023_%28_2022_data_%29_0.pdf .
39. UK Health Security Agency. (2023) HIV testing, PrEP, new HIV diagnoses and care outcomes for people accessing HIV services: 2023 report. 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-2023-report#hiv-care-outcomes> .
40. Government of Manitoba, Department of Health, Seniors and Long-Term Care, Performance and Oversight Division, Epidemiology and Surveillance. (2023) HIV in Manitoba 2022: Annual Surveillance Update. Disponible auprès de: <https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/hivaids/docs/dec2022.pdf> .
41. Ontario HIV Epidemiology and Surveillance Initiative. (2023) Trends in HIV testing, diagnoses and the care cascade in Ontario in 2022. Disponible auprès de: <https://www.ohesi.ca/trends-in-hiv-testing-diagnoses-and-the-care-cascade-in-ontario-in-2022/> .
42. BCCDC Clinical Prevention Services (CPS). Sexually Transmitted and Blood Borne Infection (STBBI) and Tuberculosis (TB) Surveillance Report, https://bccdc.shinyapps.io/stbbi_tb_surveillance_report/ (2024, accessed June 10, 2024).
43. 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.
44. 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.

45. 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. Montreal, Canada. July 29-August 3, 2022.
46. 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. Montreal, Canada. July 29-August 3, 2022.
47. Etowa J, Omorodion F, Mbagwu I, et al. (2022) Understanding the Factors Associated with Hiv and Stis Diagnosis among Black Heterosexual Men in Ottawa and Windsor, Ontario. Journal of Public Health Research. DOI: 10.4081/jphr.2022.2048.
48. Omorodion FI, Etowa EB, Kerr J, et al. (2022) Correlates of Casual Sex Amidst Vulnerability to HIV Among ACB Heterosexual Men in Ottawa and Windsor, Ontario Canada. Journal of Racial and Ethnic Health Disparities. DOI: 10.1007/s40615-021-00975-z.
49. Gareau E and Phillips KP. (2022) Sexual behaviors at home and abroad: an online survey of Canadian young adult travelers. BMC Public Health. DOI: 10.1186/s12889-022-13383-7.
50. Centers for Disease Control and Prevention. (2021) HIV Infection, Risk, Prevention, and Testing Behaviors Among Heterosexually Active Adults at Increased Risk for HIV Infection—National HIV Behavioral Surveillance, 23 U.S. Cities, 2019. HIV Surveillance Special Report 26.
51. Agence de la santé publique du Canada. (2023) Trends in HIV Pre-Exposure Prophylaxis [HIV-PrEP] use in 9 Canadian provinces, 2019 – 2022. Disponible auprès de: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/trends-pre-exposure-prophylaxis-use-in-9-canadian-provinces-2019-2022-infographic.html> .
52. Ojukwu EN, Okoye HU and Saewyc E. (2023) Social Correlates of HIV-Risky Behaviours among African Canadian Adolescents Living in British Columbia, Canada: A Secondary Data Analysis. Int J Environ Res Public Health. DOI: 10.3390/ijerph20116031.
53. Gilbert M, Chang H, Ablona A, et al. (2021) Partner number and use of COVID-19 risk reduction strategies during initial phases of the pandemic in British Columbia, Canada: a survey of sexual health service clients. Canadian Journal of Public Health. DOI: 10.17269/s41997-021-00566-9.

54. Minoyan N, Høj SB, Zolopa C, et al. (2022) Self-reported impacts of the COVID-19 pandemic among people who use drugs: a rapid assessment study in Montreal, Canada. Harm Reduct J. DOI: 10.1186/s12954-022-00620-w.
55. Immigration ReCC. (2023) Le Canada accueille un nombre record de nouveaux arrivants en 2022. Disponible auprès de: <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/nouvelles/2022/12/le-canada-accueille-un-nombre-record-de-nouveaux-arrivants-en-2022.html> .
56. Office for National Statistics. (2023) Long-term international migration, provisional: year ending December 2022. Disponible auprès de: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/internationalmigration/bulletins/longterminternationalmigrationprovisional/yearendingdecember2022> .
57. Department of Home Affairs AG. (2023) 2022-23 Migration Program Report Program year 1 July 2022 to 30 June 2023. <https://www.homeaffairs.gov.au/research-and-stats/files/report-migration-program-2022-23.pdf> .
58. Alberta Health GoA. (2023) Alberta Sexually Transmitted Infections and HIV 2022. Disponible auprès de: <https://open.alberta.ca/dataset/c6850032-20d3-4845-a465-568ed7e61b7c/resource/facb3e6b-3890-4606-be07-45d5c35565e9/download/hlth-alberta-sexually-transmitted-infections-and-hiv-2022.pdf> .
59. Nöstlinger C, Cosaert T, Landeghem EV, et al. (2022) HIV among migrants in precarious circumstances in the EU and European Economic Area. The Lancet HIV; 9: e428.
60. Yin Z, Brown AE, Rice BD, et al. (2021) Post-migration acquisition of HIV: Estimates from four European countries, 2007 to 2016. Euro Surveill. DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.33.2000161.
61. King JM, Petoumenos K, Dobbins T, et al. (2023) A population-level application of a method for estimating the timing of HIV acquisition among migrants to Australia. J Int AIDS Soc. DOI: 10.1002/jia2.26127.
62. 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. The 31st Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research. Virtual. April 27-29,2022.

63. 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.
64. Department of Data and Analytics (DNA) Division of Data, Analytics and Delivery for Impact (DDI). (2020) WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2019 . Disponible auprès de: https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_cod_methods.pdf .
65. Kyu HH, Jahagirdar D, Cunningham M, et al. (2021) Accounting for misclassified and unknown cause of death data in vital registration systems for estimating trends in HIV mortality. Journal of the International AIDS Society. DOI: 10.1002/jia2.25791.
66. British Columbia Centre for Excellence in, HIV/AIDS and British Columbia Ministry of Health. (2022) HIV Monitoring Semi-Annual Report for British Columbia Fourth Quarter 2022. Disponible auprès de: <https://stophiv aids.ca/qmr/2022-Q4/#/bc> .
67. European Centre for Disease Prevention and Control. (2023) Continuum of HIV care Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2022 progress report. Disponible auprès de: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/CoC_HIV_0.pdf .
68. 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.
69. Joint United Nations Programme on, HIV/AIDS (UNAIDS). (2014) Fast-Track: Ending the AIDS Epidemic by 2030. Disponible auprès de: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf .
70. Haddad N, Weeks A, Robert A, et al. (2021) HIV in Canada-surveillance report, 2019. Can Commun Dis Rep. DOI: 10.14745/ccdr.v47i01a11.
71. 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.

72. Agence de la santé publique du Canada. (2012) Risque de transmission du VIH : sommaire des données scientifiques. Disponible auprès de: <https://canadacommons.ca/marc/artifacts/1196206/hiv-transmission-risk/> .

73. 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.