

**Rapport national d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2016**

**– CANADA –**

**Gouvernement du Canada**

*Rapport à l'intention du directeur administratif du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)*

**De janvier 2014 à décembre 2015**

## **Table des matières**

**I. Coup d'œil sur la situation**

**II. Vue d'ensemble du VIH et du sida au Canada**

**III. Stratégie de lutte nationale contre le VIH et le sida**

**IV. Pratiques exemplaires**

**V. Grands problèmes et mesures de lutte contre la maladie**

**VI. Soutien de la part des partenaires de développement du pays (sans objet)**

**VII. Environnement de surveillance et d'évaluation**

## I. Coup d'œil sur la situation

### a) Participation des intervenants

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a dirigé l'élaboration du rapport national 2016 en consultation avec d'autres ministères fédéraux du gouvernement participant à la stratégie de lutte fédérale contre le VIH et le sida et des intervenants de la société civile.

Un sondage a été utilisé pour solliciter des commentaires auprès des organisations canadiennes de la société civile au sujet de la situation de l'épidémie de VIH et des mesures d'intervention contre celle-ci au cours des deux dernières années (entre 2013 et 2015). Les réponses ont été intégrées dans le présent rapport narratif, le cas échéant. Un document distinct qui résume les réponses est inclus à l'annexe 1.

### b) La situation concernant l'épidémie

Le Canada figure parmi les pays classés comme ayant une faible prévalence générale du VIH, l'épidémie étant concentrée au sein de populations clés. À la fin de 2014, environ 75 500 Canadiens vivaient avec le VIH (y compris le sida), soit une augmentation de 9,7 % par rapport à 2011<sup>1</sup>. De ce nombre, on estime qu'environ 16 020 personnes (21 % de toutes les personnes infectées) ignoreraient qu'elles sont atteintes du VIH. Cette hausse s'explique par deux facteurs : d'une part, les nouveaux traitements ont augmenté la durée de vie des personnes vivant avec le VIH et, d'autre part, de nouvelles infections continuent de se produire, principalement dans les populations clés. Le nombre de nouvelles infections au VIH au Canada a été estimé à 2 570 (entre 1 940 à 3 200) en 2014. L'Agence de la santé publique du Canada a constaté une tendance à la baisse au chapitre des nouvelles infections au VIH imputables à l'utilisation de drogues injectables et aux contacts hétérosexuels. Certains groupes continuent d'être touchés de manière disproportionnée par le VIH et le sida. Les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes continuent de représenter le groupe le plus important parmi les nouvelles personnes infectées, soit environ 54 % de toutes les nouvelles infections au VIH en 2014. Les personnes provenant de pays où le VIH est endémique continuent d'être surreprésentées dans l'épidémie de VIH au Canada, le taux d'incidence ayant été 6,3 fois plus élevé que celui relatif aux autres Canadiens en 2014. Les Autochtones<sup>2</sup> continuent d'être touchés de manière disproportionnée par le VIH, le taux d'incidence ayant été environ 2,7 fois plus élevé que celui relatif aux autres Canadiens en 2014.

### c) La stratégie en matière de politiques et de programmes

Le gouvernement du Canada s'engage à adopter une approche globale à long terme pour lutter contre le VIH/sida à l'échelle nationale et à l'échelle mondiale. La stratégie de lutte contre le VIH/sida du Canada concerne tous les ordres du gouvernement, la société civile, le milieu de la recherche, les professionnels de la santé et de la santé publique et les personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque de le contracter. Grâce à l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* (Initiative fédérale) et à l'*Initiative canadienne de vaccin contre le VIH* (ICVV), le

---

<sup>1</sup> Agence de la santé publique du Canada. 2015. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2014*. Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada.

<sup>2</sup> L'expression « Autochtones » fait référence aux populations des Premières Nations, des Métis et des Inuits.

Canada appuie les activités de recherche et de prévention et facilite l'accès aux soins et aux méthodes de diagnostic et de traitement, en particulier chez les populations vulnérables.

d) Données sur les indicateurs de base pour lesquels le Canada établit des rapports<sup>3</sup> :

<p><b>1.3 Rapports sexuels avec des partenaires multiples</b>  <i>Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu des relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois</i></p>	<p>En 2014, 92,1 % des Canadiens (11,7 millions de personnes) âgés de 15 à 49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels ont été sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois. Environ 1,7 million des personnes sexuellement actives (14,8 %) ont déclaré qu'elles avaient eu au moins deux partenaires sexuels<sup>4</sup>.</p>
<p><b>1.4 Utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel chez les personnes ayant des partenaires sexuels multiples</b>  <i>Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un condom durant leur dernière relation sexuelle</i></p>	<p>En 2014, parmi les Canadiens âgés de 15 à 49 ans qui ont eu au moins deux partenaires sexuels durant les 12 derniers mois, 58 % ont utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu un rapport sexuel<sup>5</sup>.</p>
<p><b>1.5 Personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur séropositivité</b>  <i>Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur séropositivité (y compris les données provenant de rapports fondés sur des cas)</i></p>	<p>On estime que 79 % des personnes vivant avec le VIH au Canada connaissaient leur séropositivité à la fin de 2014<sup>6</sup>.</p>
<p><b>1.20 Taux d'incidence du VIH</b>  <i>Nombre de nouvelles infections au VIH pendant la période visée par le rapport pour 1 000 personnes non infectées</i></p>	<p>Le taux d'incidence estimatif au Canada, en 2014 était de 0,072 pour 1 000 habitants non infectés (entre 0,055 et 0,090 pour 1 000 habitants non infectés)<sup>7</sup>.</p>
<p><b>2.1 Estimations de la taille des populations clés</b>  <i>Nombre de personnes adoptant des comportements précis qui font courir un risque de contracter le VIH à la population donnée</i></p>	<p>Les estimations de la taille des populations ont été élaborées pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et les populations</p>

<sup>3</sup> Les indicateurs pour lesquels le Canada ne produit pas de rapport, avec les justifications connexes, sont joints à l'annexe 2. Veuillez noter que l'Agence de la santé publique du Canada ne peut pas produire de rapport sur les données au niveau des villes.

<sup>4</sup> Statistique Canada. 2014. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2014.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Agence de la santé publique du Canada. 2016. Données inédites fondées sur les estimations de l'incidence, de la prévalence du VIH et de la proportion de personnes non diagnostiquées au Canada, 2014.

<sup>7</sup> Ibid.

	d'utilisateurs de drogues injectables (UDI) pour l'année 2014 en se fondant sur les données d'enquête disponibles et un examen de la documentation. La taille de la population des détenus rend compte des détenus dans les prisons fédérales uniquement. Le Canada ne fait pas un suivi des travailleurs du sexe et des personnes transgenres à l'échelle nationale. Veuillez vous reporter aux indicateurs 2.7, 2.12 et 2.14.
<b>2.7 Prévalence du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes</b> <i>Pourcentage d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes qui vivent avec le VIH</i>	Il a été estimé que 6,7 % (de 6,7 à 7,9 %) des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2014.
<b>2.12 Prévalence du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables</b> <i>Pourcentage d'utilisateurs de drogues injectables vivant avec le VIH</i>	Il a été estimé que 4,1 % (de 3,3 à 4,8 %) des utilisateurs de drogues injectables vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2014.
<b>2.14 Prévalence du VIH chez les détenus</b> <i>Pourcentage de détenus vivant avec le VIH</i>	Le taux de prévalence pour 2013 était de 1,22 % (chez les détenus dans les prisons fédérales uniquement) <sup>8</sup> .
<b>3.3a Transmission du VIH de la mère à l'enfant au niveau du programme</b> <i>Pourcentage recensé d'infections au VIH chez les enfants de femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois</i>	Le pourcentage d'infections périnatales au VIH confirmées, fondé sur les déclarations de femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois, était de 0,86 % en 2014 <sup>9</sup> .
<b>3.7 Couverture de la prophylaxie antirétrovirale chez les nourrissons</b> <i>Pourcentages des nourrissons exposés au VIH et ayant reçu une prophylaxie antirétrovirale</i>	Le pourcentage de nourrissons exposés au VIH signalés qui ont reçu un traitement antirétroviral pour réduire la transmission mère-enfant était de 97,4 % en 2014 <sup>10</sup> . * Les données disponibles ne permettent pas de confirmer la période durant laquelle le traitement antirétroviral a été administré.
<b>4.7 Décès liés au sida</b> <i>Nombre total de personnes décédées d'une maladie liée</i>	Les données les plus récentes disponibles remontent à 2011.

<sup>8</sup> Service correctionnel du Canada. 2016. Prévalence pour 2013, données inédites.

<sup>9</sup> Agence de la santé publique du Canada. 2016. Données inédites fondées sur les estimations de l'incidence, de la prévalence du VIH et de la proportion de personnes non diagnostiquées au Canada, 2014.

<sup>10</sup> Agence de la santé publique du Canada. 2015. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2014*. Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada.

au sida en 2015	En 2011, on a signalé 303 décès des suites de maladies liées au sida. <sup>11</sup>
<b>7.1 Prévalence de la violence conjugale récente</b> <i>Proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans déjà mariées ou en couple qui ont été victimes de violence physique ou sexuelle de la part d'un partenaire intime de sexe masculin au cours des 12 derniers mois</i>	En 2014, 1,1 % de femmes ont déclaré avoir subi de la violence conjugale de la part d'un partenaire masculin ou féminin dans le cadre d'une relation en cours ou antérieure, au cours des 12 derniers mois <sup>12</sup> .
<b>11.11 Taux de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances)</b> <i>Pourcentage de cas déclarés de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances)</i>	On a recensé un pourcentage de 0,8 pour 100 000 naissances vivantes en 2011 <sup>13</sup> .

## II. Vue d'ensemble de l'épidémie de sida

Le Canada fait partie des pays où la prévalence générale du VIH est faible, l'épidémie étant concentrée chez les hommes gais et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes provenant de pays où le VIH est endémique et les Autochtones, de même qu'au sein d'autres populations clés. Les dernières données épidémiologiques concernant le VIH et le sida au Canada peuvent être consultées dans *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2014*<sup>14</sup>. Voici un résumé des renseignements clés provenant de ce rapport, aux fins de la production de rapports sur la lutte du Canada contre le sida.

À la fin de 2014, environ 75 500 Canadiens vivaient avec le VIH (y compris le sida), soit une augmentation de 9,7 % par rapport à 2011<sup>15</sup>. De ce nombre, on estime qu'environ 16 020 personnes (21 % de toutes les personnes infectées) ignoreraient qu'elles sont atteintes du VIH. Cette hausse s'explique par deux facteurs : d'une part, les nouveaux traitements ont augmenté la durée de vie des personnes vivant avec le VIH et, d'autre part, de nouvelles infections continuent de se produire, principalement dans les populations clés.

Depuis le début de la déclaration des cas au Canada, qui remonte à 1985, 80 469 déclarations de résultats positifs au test du VIH ont été signalées à l'Agence de la santé publique du Canada. En 2014, 2 044 cas de VIH ont été déclarés, ce qui correspond à une diminution de 1,5 % par rapport aux 2 076 cas déclarés en 2013, soit le nombre annuel de cas d'infection au VIH le plus bas depuis le début de la déclaration en 1985<sup>16</sup>. Le nombre de nouvelles infections au VIH au Canada en 2014 a été estimé à 2 570 (entre 1 940 et 3 200). L'Agence de la santé

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> Statistique Canada. La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2014. Consulté le 25 février 2016. Accès : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2016001/article/14303-fra.pdf>

<sup>13</sup> Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2012. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. Agence de la santé publique du Canada. 2015. Consulté le 8 mars 2016. Accès : <http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/rep-rap-2012/tb-fra.php>

<sup>14</sup> Accessible à l'adresse : <http://canadiensensante.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/hiv-aids-surveillance-2014-vih-sida/index-fra.php?page=text>

<sup>15</sup> Agence de la santé publique du Canada. 2015. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2014*. Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada.

<sup>16</sup> Ibid.

publique du Canada a constaté une tendance à la baisse au chapitre des nouvelles infections au VIH imputables à l'utilisation de drogues injectables et aux contacts hétérosexuels.

Certaines populations continuent d'être touchées de manière disproportionnée par le VIH et le sida. Les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes continuent de représenter le groupe le plus important parmi les nouvelles personnes infectées, soit environ 54 % de toutes les nouvelles infections au VIH en 2014. Les personnes provenant de pays où le VIH est endémique continuent à être surreprésentées dans l'épidémie de VIH au Canada. On estime que 358 nouvelles infections étaient attribuées à la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel en 2014. Cette catégorie représentait 13,9 % des nouvelles infections au Canada en 2014, alors que les personnes nées dans des pays où le VIH est endémique représentaient environ 2,5 % de l'ensemble de la population canadienne d'après le recensement de 2011. Le taux d'incidence du VIH dans cette population était de 40,3 pour 100 000 habitants en 2014, ce qui est 6,3 fois plus élevé que le taux chez les autres Canadiens (6,4 pour 100 000 habitants). Les Autochtones continuent aussi d'être touchés de manière disproportionnée par le VIH. Bien qu'ils ne représentent que 4,3 % de la population canadienne, on estime que 9,1 % de toutes les personnes atteintes du VIH au Canada en 2014 étaient autochtones et environ 10,8 % de toutes les nouvelles infections au cours de la même année ont été observées dans les populations autochtones. Le taux estimé de nouvelles infections au VIH chez les Autochtones était 2,7 fois plus élevé que chez les autres Canadiens et Canadiennes en 2014.

En 2014, 24,6 % de toutes les personnes ayant reçu un diagnostic de VIH étaient des femmes. Au cours des dix dernières années, la proportion annuelle de femmes infectées est demeurée stable. En général, la répartition par âge des déclarations de cas de VIH positifs chez les femmes diffère par rapport à celle des hommes, les femmes étant généralement diagnostiquées plus jeunes<sup>17</sup>.

En 2014, la plus grande proportion de cas de VIH diagnostiqués concernait les personnes âgées de 30 à 39 ans (31,6 %), suivies du groupe d'âge des 40 à 49 ans (22,8 %). La proportion de cas de VIH parmi les personnes âgées d'au moins 50 ans a augmenté en passant de 15 % en 2009 à 21,9 % en 2014, soit une proportion supérieure à celle du groupe d'âge des 20 à 29 ans (21,4 %) et considérée comme la troisième proportion la plus élevée de cas en 2014.

En 2014, parmi les cas où la catégorie d'exposition était connue (65,7 %), 48,8 % de tous les cas de VIH déclarés chez les adultes âgés d'au moins 15 ans ont été attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH<sup>18</sup>.

La deuxième catégorie d'exposition chez les adultes était celle des contacts hétérosexuels, comprenant 29,2 % des déclarations de cas. La répartition des cas de VIH attribués à des contacts hétérosexuels chez les personnes nées dans un pays où le VIH est endémique (10,0 %), à des contacts hétérosexuels avec une personne à risque (9,2 %), et à des contacts hétérosexuels avec une personne ne présentant aucun risque signalé (10,0 %) était quasi uniforme<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> Ibid.

<sup>19</sup> Agence de la santé publique du Canada. 2015. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2014*. Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Centre de la lutte contre

En 2014, comme pour les années précédentes, c'est l'Ontario qui compte la plus forte proportion de cas de VIH au Canada (837), suivi par le Québec (435), l'Alberta (276), la Colombie-Britannique (262) et la Saskatchewan (121).

### **III. Stratégie de lutte nationale contre l'épidémie de sida**

Le Canada étant une fédération, les responsabilités en matière de santé sont partagées entre les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux. Les provinces et les territoires sont responsables de la prestation des soins de santé et des services hospitaliers pour la majeure partie de la population, tandis que le gouvernement du Canada est responsable d'assurer la disponibilité des services de santé à certaines populations en particulier, y compris les membres des Premières Nations qui vivent dans des réserves, les communautés inuites au sud du soixantième parallèle et les personnes incarcérées dans les prisons fédérales. Les programmes de soins, de traitement et de soutien sont donc propres aux tendances épidémiologiques régionales et aux stratégies provinciales et territoriales en matière de prévention et de contrôle des maladies transmissibles.

En partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, le gouvernement du Canada élabore des politiques en matière de santé, finance le système de santé et la recherche en santé, élabore et applique les règlements en matière de santé et assure la promotion et la protection de la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique. Ces responsabilités partagées entre les territoires de compétence exigent une coordination des différents ordres de gouvernement afin que l'on puisse assurer la stratégie de lutte contre le VIH et le sida la plus uniforme, efficace et exhaustive qui soit.

#### **Engagements du gouvernement fédéral et mise en œuvre du programme**

Le gouvernement du Canada se mobilise dans la lutte contre le VIH et le sida par l'entremise de l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* (l'Initiative fédérale) ainsi que de l'*Initiative canadienne de vaccin contre le VIH* (ICVV).

L'Initiative fédérale est un partenariat qui rassemble quatre ministères et organismes fédéraux : l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le Service correctionnel du Canada (SCC). Dans le cadre de l'Initiative fédérale, le gouvernement du Canada assure le suivi du VIH et du sida grâce à son système de surveillance en laboratoire et à l'échelle nationale, finance la recherche, élabore des politiques, des lignes directrices et des programmes et appuie la stratégie de lutte communautaire contre le VIH et le sida partout au pays.

L'ICVV est une collaboration entre le gouvernement du Canada et la Fondation Bill et Melinda Gates, établie en 2007, pour contribuer aux efforts mondiaux pour accélérer la mise au point d'un vaccin contre le VIH sécuritaire, efficace, abordable et accessible dans le monde entier. Les ministères et organismes fédéraux qui participent à l'Initiative sont l'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada, Innovation, Sciences et Développement économique Canada (anciennement appelé Industrie Canada), Affaires mondiales Canada (anciennement



appelé le ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement) et les Instituts de recherche en santé du Canada.

Le Canada offre une aide financière continue à l'ONUSIDA (4,86 millions de dollars en 2015) et est actuellement membre du Conseil de coordination du Programme ONUSIDA. Le Canada participe aux dialogues stratégiques dans les forums internationaux, p. ex. par l'intermédiaire du système de l'ONU, pour faire progresser les mesures visant à atteindre les objectifs de développement durable liés à la lutte contre le VIH et le sida.

Le Canada continue de contribuer au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. En décembre 2013, le Canada a annoncé un engagement de 650 millions de dollars (2014-2016) envers le Fonds mondial, ce qui porte l'engagement total du Canada à plus de 2,1 milliards de dollars depuis la création du Fonds en 2002.

À l'échelle internationale, les efforts de lutte contre le VIH et le sida déployés par le Canada, par l'entremise d'Affaires mondiales Canada, sont axés sur la prévention, le traitement et le renforcement de la mobilisation des systèmes de santé des pays dans la lutte contre le VIH et le sida. Le Canada appuie la prestation de services de santé intégrés et complets aux femmes et aux enfants au niveau local, ce qui inclut des tests de dépistage du VIH et du counseling, ainsi que des services de prévention de la transmission mère-enfant. Afin de respecter ces engagements, Affaires mondiales Canada collabore de près avec ses partenaires bilatéraux, multilatéraux et de la société civile. Ces efforts se traduisent notamment par le soutien apporté aux gouvernements, en plus de celui offert aux organisations de la société civile canadienne et internationale, pour la mise en œuvre de stratégies nationales de lutte contre le VIH/sida et afin de répondre aux besoins des populations vulnérables en matière de prévention et de traitement.

Le Canada fournit un soutien technique et des conseils par l'intermédiaire de groupes de travail internationaux et de forums mondiaux d'application et d'échange des connaissances, comme l'équipe de travail inter-institutions sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) organisée par les Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

Le Canada a également contribué aux efforts mondiaux de lutte contre le VIH/sida par l'intermédiaire du Laboratoire national de microbiologie (LNM) de l'Agence de la santé publique du Canada. Grâce à la Canadian Association of HIV Clinical Laboratory Specialists, le LNM peut travailler en collaboration avec d'autres laboratoires cliniques du VIH. Ensemble, ils élaborent des méthodologies améliorées de tests de diagnostic et de pronostic, ainsi que des solutions pour limiter la transmission de l'infection au VIH et la progression du sida. En particulier, la contribution du LNM aux connaissances scientifiques sur la transmission mère-enfant a été intégrée aux lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur l'allaitement. Les nouvelles lignes directrices auront une incidence sur des millions de mères et de nourrissons dans le monde entier.

### *Appuyer les recherches*

En 2014-2015, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont élaboré et lancé sept possibilités de financement liées au VIH et au sida pour appuyer les chercheurs sur le VIH/sida et les collectivités, y compris quatre possibilités de financement stratégique à grande échelle qui accroissent les capacités de recherche sur le VIH et le sida. Il s'agit notamment du Réseau d'essais cliniques sur le VIH/sida des IRSC, des Centres de recherche sur la santé des populations et les services de santé en matière de VIH/sida des IRSC. Il y a également les

annonces de priorités pour les subventions de fonctionnement pour lutter contre le VIH/sida, les subventions de fonctionnement et les subventions Catalyseur pour la recherche communautaire sur le VIH/sida, les bourses de voyage des IRSC –trois concours de bourses de voyage.

Les IRSC ont financé la Cohorte canadienne d'études observationnelles sur le VIH (CANOC) qui est la cohorte longitudinale de traitement du VIH la plus importante au Canada pour les personnes séropositives ayant accès à un traitement antirétroviral moderne. Ce projet établit un lien entre les bases de données sur la santé des populations dans les provinces et les études d'enquête et mène une recherche sur les services de santé multidisciplinaires pour les personnes vivant avec le VIH au Canada, en tenant pleinement compte de l'incidence du vieillissement en ce qui concerne les effets sur la santé et les besoins en matière de services de santé. Ce financement a permis à la CANOC d'étendre ses activités à dix emplacements dans quatre provinces.

- L'Agence de la santé publique du Canada a travaillé avec les IRSC pour étudier et évaluer comment modifier l'expression de gènes hôtes pour réduire et limiter le développement d'une pharmacorésistance antirétrovirale chez les patients.
- Pour mieux comprendre l'épidémie du VIH à l'échelle provinciale et nationale, l'Agence de la santé publique du Canada a analysé des échantillons de VIH pour évaluer si les nouveaux cas de VIH concernaient des personnes qui avaient été infectées récemment ou des personnes qui vivaient avec le VIH et qui ignoraient leur état sérologique. Ces analyses permettront d'effectuer des interprétations plus précises des données de surveillance sur la transmission du VIH.
- L'Agence de la santé publique du Canada, en partenariat avec l'OMS, a appliqué l'épidémiologie moléculaire et la modélisation des tendances de transmission du virus aux personnes qui ont récemment contracté l'infection afin d'obtenir des estimations précises de la dynamique de transmission du VIH. Ce travail devrait améliorer la conception des interventions de prévention et devrait fournir une image plus fidèle de la surveillance traditionnelle de la santé publique.
- Les méthodes d'analyse utilisant des gouttes de sang séchées (GSS) ont été améliorées pour réduire la quantité d'échantillons requis. Cet accroissement de l'efficacité augmentera la portée des agents infectieux qui peuvent être détectés dans un seul échantillon, y compris le VIH, l'hépatite C et la syphilis.

### *Traitement et prévention*

#### Personnes incarcérées dans les prisons fédérales

En 2014-2015, le Service correctionnel du Canada (SCC) a évalué les détenus au moment de leur admission et tout au long de leur incarcération par l'intermédiaire des professionnels de la santé, à l'aide d'une méthode de dépistage intégrée des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Au total, 9 449 tests de dépistage du VIH/sida ont été menés auprès de détenus fédéraux, ce qui représente une augmentation d'environ 2 362 tests au cours de la période 2013-2014. Sur les 9 449 tests de dépistage du VIH, 4 955 tests (4 067 en 2013-2014) ont été menés auprès de nouveaux détenus. Le SCC a offert aux détenus fédéraux des programmes éducatifs, de prévention et de contrôle. Le Programme de sensibilisation à la réception (PSR), offert à tous les nouveaux détenus, a été suivi par 37 % des nouveaux

détenus fédéraux en 2014-2015, comparativement à 44 % en 2013-2014. La baisse de la participation au PSR est en partie due aux changements logistiques apportés dans les unités de réception achalandées. Environ 79 % des établissements avaient un Programme de counseling et d'éducation par les pairs et un groupe de soutien autochtone de counseling et d'éducation par les pairs actifs. En 2014-2015, 93 % des détenus dont la séropositivité pour le VIH étant connue suivaient un traitement antirétroviral.

#### Collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves

Parmi les 324 collectivités vivant dans les réserves et ayant déclaré offrir un programme de contrôle et de prise en charge des maladies au sein des collectivités, 69 % ont indiqué organiser des activités de sensibilisation portant sur le VIH/sida et d'autres ITSS. Parmi les collectivités ayant répondu à cette question, 82,1 % ont déclaré que le test de dépistage du VIH était accessible dans leur réserve ou à proximité de celle-ci<sup>20</sup> et 60 % ont répondu que le traitement du VIH était disponible dans leur réserve ou à proximité de celle-ci<sup>20</sup>. Pendant la même période de déclaration, seuls 3,7 % des collectivités ont déclaré avoir des groupes de soutien en matière de VIH/sida dans leurs collectivités. Parmi ces collectivités qui n'avaient pas de groupe de soutien en matière de VIH/sida (n = 258), la raison la plus souvent invoquée était l'absence de la nécessité d'un tel groupe (60,1 %), suivie de la préférence d'accéder à ce service à l'extérieur de la réserve (41,1 %).

Santé Canada travaille avec les Premières Nations pour renforcer et accroître les efforts visant à réduire le VIH par l'intermédiaire d'approches culturellement adaptées et d'une formation des professionnels de la santé, et en créant et en appuyant des approches multidisciplinaires. Les programmes élaborés à l'échelle régionale sont non seulement axés sur la prévention de la propagation plus étendue du VIH, mais ils visent également à réduire la stigmatisation et la discrimination qui empêchent les personnes d'accéder aux soins et à faciliter la consultation de professionnels de la santé qualifiés. D'autres programmes communautaires et de promotion de la santé offrent également un programme supplémentaire et un soutien financier aux collectivités où le taux d'incidence du VIH est élevé pour divers programmes et diverses interventions communautaires. Santé Canada a également appuyé la mise en œuvre d'un dépistage aux points de service dans plusieurs collectivités des Premières Nations désignées par le personnel régional et les dirigeants des Premières Nations comme présentant un risque élevé.

#### IV. Pratiques exemplaires

##### Leadership politique

Lors de la Journée mondiale du sida 2015, la ministre de la Santé a publié une déclaration<sup>21</sup> dans laquelle elle a indiqué l'approbation des objectifs mondiaux 90-90-90 de l'ONUSIDA par le Canada. La déclaration de la ministre reconnaissait l'obstacle important que représente la stigmatisation en l'évoquant comme un obstacle au dépistage et au traitement et en soulignant la nécessité de travailler collectivement afin que toutes les personnes vivant avec le VIH au

---

<sup>20</sup> La notion de proximité de la réserve était définie comme un endroit suffisamment proche de la réserve, de sorte que le déplacement vers ce lieu ne représente pas un obstacle important pour les membres de la collectivité souhaitant effectuer le test de dépistage.

<sup>21</sup> Disponible à l'adresse : [http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=1022689&\\_ga=1.105447168.265565993.1461937494](http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=1022689&_ga=1.105447168.265565993.1461937494)

Canada soient au courant de leur état, se sentent à l'aise de demander le traitement à leur disposition et prennent les mesures requises pour prévenir la propagation de l'infection. Les organisations de la société civile ont mentionné les efforts accrus du gouvernement du Canada pour améliorer la sensibilisation au sujet des lois de non-divulgaration du VIH par l'intermédiaire de programmes communautaires depuis 2013, ainsi que d'initiatives fructueuses de promotion de la santé et de prévention.

#### Surveillance et évaluation

En 2014-2015, l'Agence de la santé publique du Canada (CLMTI) a mis au point les estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH au Canada pour 2014 ainsi que les estimations de la proportion de cas non diagnostiqués. Ces estimations sont uniques à l'échelle mondiale. Le Canada est l'un des rares pays à produire de telles estimations sur une base régulière et à présenter les tendances historiques avec les estimations pour l'année en cours. Les résultats de ce travail technique sont largement utilisés, non seulement par l'Agence de la santé publique du Canada, mais également par les gouvernements provinciaux et territoriaux, le milieu universitaire et les collectivités touchées au Canada. L'algorithme informatisé de l'Agence de la santé publique du Canada, qui fournit les tendances de l'incidence des nouvelles infections au VIH à l'aide de données d'étude de cas liées à des cas nouvellement diagnostiqués, et qui est appelé « EstHIV », a été fourni au Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, au Kirby Institute en Australie et à des chercheurs aux États-Unis et au Portugal.

Le Laboratoire national de microbiologie (LNM) de l'Agence de la santé publique du Canada a mis en œuvre, à l'aide de techniques immunologiques modernes, ce qui est considéré comme la norme de référence actuelle en matière de diagnostic en laboratoire de la tuberculose chez les sujets co-infectés par le VIH. Ce nouvel outil devrait aider à limiter la progression de l'infection au VIH et la réactivation de l'infection tuberculeuse latente. À long terme, cela donnera lieu à une amélioration de la santé des sujets infectés.

L'Agence de la santé publique du Canada (LNM) a évalué un nouveau test rapide de dépistage du VIH et de la syphilis, ainsi que les technologies de dépistage de la charge virale du VIH qui peuvent servir à améliorer le diagnostic et la surveillance clinique en contexte de point de service par l'intermédiaire de l'utilisation d'un dispositif. La mise en œuvre potentielle de ces dispositifs améliorerait également l'efficacité des analyses dans le cadre des activités de surveillance épidémiologique à l'échelle nationale et internationale.

L'outil de diagnostic au point de service, la cartouche de PIMA CD4, a été élaboré, mis à l'essai et évalué en collaboration avec l'Initiative Clinton pour l'accès à la santé, l'African Society of Laboratory Medicine et les partenariats entre les secteurs public et privé. Outre le fait qu'il puisse être utilisé pour des systèmes au point de service dans des milieux ruraux et dans des environnements aux ressources limitées, comme les collectivités du Nord du Canada, le nouvel outil améliorera l'efficacité et la surveillance et renforcera les services de diagnostic et de traitement.

#### Programmes de traitement et/ou de soutien

Le 15 janvier 2015, l'Agence de la santé publique du Canada a rendu publique une application mobile accompagnée des lignes directrices sur les infections transmissibles sexuellement à l'intention des médecins. D'après une enquête menée auprès de médecins, la plupart des répondants (84 % en 2014 et 83 % en 2015) étaient au courant des lignes directrices et la majorité d'entre eux (83 % en 2014 et 76 % en 2015) ont déclaré utiliser ces lignes directrices.

Cette application mobile se classe au premier rang des téléchargements parmi les applications mobiles du portefeuille de la Santé<sup>22</sup> destinées aux professionnels de la santé<sup>23</sup>.

## V. Grands problèmes et mesures de lutte contre la maladie

### a) Progrès réalisés quant aux principaux défis signalés dans le rapport de 2014

Dans le rapport de 2014 du Canada, le processus de transition vers une approche plus intégrée pour prévenir les infections ayant des modes de transmission, des comportements à risque et des facteurs sociaux et de risque communs (p. ex. la pauvreté, la stigmatisation et la discrimination, la violence, la maladie mentale non traitée et la toxicomanie) a été désigné comme un défi. Le Canada a réalisé des progrès sur ce plan. En particulier, un programme de financement communautaire intégré (Fonds d'initiatives communautaires) a été créé pour appuyer des interventions intégrées et communautaires visant à lutter contre les ITSS et pour prendre en charge des aspects connexes de la santé (p. ex. la santé mentale, le vieillissement) et les déterminants sociaux de la santé. Le financement des projets devrait commencer le 1<sup>er</sup> avril 2017. Le financement des projets sera guidé par la nécessité manifeste d'établir des interventions efficaces et requerra l'évaluation de l'efficacité, de l'efficience et de l'acceptabilité des projets destinés à un public cible. En créant le Fonds d'initiatives communautaires, l'Agence de la santé publique du Canada a mobilisé la société civile, par l'intermédiaire d'une série itérative de webinaires, de réunions en personne et de téléconférences, en vue de recueillir des suggestions pour décider de l'orientation du Fonds d'initiatives communautaires. Les objectifs, les priorités et l'approche du Fonds reflètent les commentaires des intervenants, et la société civile a défini le processus comme un exemple positif de participation de la société civile en raison des différents mécanismes utilisés pour solliciter la participation des intervenants et de la capacité du programme à répondre à leurs préoccupations. Aussi, Santé Canada travaille avec l'Agence de la santé publique du Canada, les organisations partenaires autochtones, le milieu universitaire et les chefs de file communautaires pour élaborer des programmes intégrés de prévention des ITSS destinés aux membres des Premières Nations vivant dans les réserves. Certaines organisations de la société civile sont préoccupées par le fait que la transition vers une approche intégrée pourrait détourner l'attention et les ressources des programmes axés sur le VIH et que, bien que la portée des travaux, autrefois limitée au VIH uniquement, s'étendrait à d'autres ITSS, le financement n'augmenterait pas. Une approche intégrée à l'égard de la prévention donne lieu à une lutte plus efficace et efficiente contre toutes les ITSS, y compris le VIH, en mettant l'accent sur les modes de transmission, les comportements à risque et les facteurs de risque sociaux et structurels communs. L'Agence de la santé publique du Canada continuera d'appuyer les approches propres aux infections, lorsque cela est logique. Ainsi, une intervention intégrée devrait continuer de contribuer aux progrès réalisés par le Canada pour lutter contre le VIH.

### b) Défis rencontrés tout au long de la période de déclaration ayant entravé l'intervention nationale

La société civile a indiqué que la stigmatisation et la discrimination auxquelles les populations clés sont confrontées, le financement insuffisant et le manque de reconnaissance ou

---

<sup>22</sup> Le portefeuille de la santé comprend Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

<sup>23</sup> Santé Canada – Direction générale des services de gestion; Application mobile et normes : analyses Web (document interne)

d'intégration de perspectives autochtones dans l'intervention, l'absence d'inclusion de groupes marginalisés (p. ex. travailleurs du sexe et utilisateurs de drogues) et les difficultés à promouvoir les programmes de réduction des méfaits étaient des défis clés dans la lutte contre le VIH/sida. Aussi, la capacité de répondre aux nouveaux enjeux, y compris au moyen de programmes novateurs et de mesures visant à combler les besoins de la population séropositive pour le VIH vieillissante, est apparue comme un défi. La société civile a également indiqué que la coordination et la collaboration entre les ordres de gouvernement locaux/régionaux, provinciaux et nationaux peuvent parfois poser problème, en faisant remarquer qu'il existait parfois des incohérences et des contradictions entre les diverses stratégies et les divers messages clés. Certaines organisations de la société civile ont demandé le renouvellement d'une stratégie nationale assortie d'objectifs et dirigée par le gouvernement fédéral, ainsi qu'un financement plus élevé dans le cadre de l'Initiative fédérale. L'Agence de la santé publique du Canada fait appel aux intervenants pour déterminer des mesures concrètes qui permettraient de contribuer à l'atteinte des objectifs mondiaux 90-90-90 de l'ONUSIDA. Il s'agit notamment de relancer la mobilisation contre le VIH/sida et d'autres ITSS, en prenant en considération les préoccupations susmentionnées.

#### c) Plans de mesures correctives pour atteindre les objectifs convenus

Les provinces et territoires sont principalement responsables du dépistage et du traitement. Ainsi, la capacité du Canada à atteindre les objectifs mondiaux 90-90-90 de l'ONUSIDA dépend principalement des mesures provinciales et territoriales au sein de leurs territoires de compétence respectifs. L'Agence de la santé publique du Canada discute avec les responsables provinciaux et territoriaux pour améliorer le système national de surveillance du VIH en élaborant des mesures et indicateurs nationaux pour permettre le suivi des progrès vers l'atteinte des objectifs 90-90-90 au Canada. L'Agence de la santé publique du Canada travaille également étroitement avec les intervenants nationaux liés au VIH/sida de façon non officielle et par l'intermédiaire de structures de gouvernance établies pour faire avancer l'intervention du Canada dans la lutte contre le VIH/sida. Plus récemment, le gouvernement du Canada a exprimé son soutien continu à l'égard des objectifs 90-90-90 dans la déclaration de la ministre de la Santé, lors de la Journée mondiale du sida.

## **VI. Soutien de la part des partenaires de développement du pays – Sans objet**

## **VII. Environnement de surveillance et d'évaluation**

Les provinces et territoires effectuent le suivi de leurs territoires de compétence de façon indépendante. Les partenaires de l'Initiative fédérale procèdent à un suivi et à une évaluation dans des domaines d'activité précis, notamment la surveillance nationale, la recherche, les programmes communautaires, et ce, en étroite collaboration avec les bureaux de santé publique, les laboratoires, les professionnels de la santé et les autres professionnels, les chercheurs et les organisations de la société civile. Les priorités en matière de suivi et d'évaluation varient entre les territoires de compétence et les régions. Le suivi et l'évaluation effectués par le gouvernement fédéral comprennent la planification périodique et la présentation de rapports conformément aux résultats divulgués au public.

Les plans et le rendement annuels sont détaillés dans le Rapport sur les plans et les priorités ainsi que le Rapport ministériel sur le rendement, lesquels sont déposés au Parlement<sup>24</sup>. Une

---

<sup>24</sup> Tableaux de renseignements supplémentaires de l'Agence de la santé publique du Canada : Rapport

évaluation de l'Initiative fédérale publiée en 2014 a indiqué que celle-ci demeure pertinente et qu'elle a permis d'appuyer des activités locales ou communautaires efficaces visant à réduire la stigmatisation et la discrimination en plus d'avoir contribué à l'amélioration de la prévention, du diagnostic, des soins, du traitement et du soutien<sup>25</sup>. Une évaluation de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH publiée en 2014 a démontré qu'elle avait réussi à appuyer les collaborations entre les chercheurs en vaccin anti-VIH, au Canada et dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et à établir des collaborations entre les universitaires et le secteur de l'industrie<sup>26</sup>.

## **ANNEXES**

ANNEXE 1 : Résumé de l'engagement de la société civile

ANNEXE 2 : Indicateurs au sujet desquels le Canada ne produit pas de rapports

---

ministériel sur le rendement 2014-2015. Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada et Initiative canadienne de vaccin contre le VIH. Récupéré le 8 février 2016. Accès : <http://canadiensensante.gc.ca/publications/departement-ministere/phac-performance-supplementary-information-2014-2015-rendement-renseignements-supplementaires-aspc/index-fra.php#a2.6>

<sup>25</sup> Agence de la santé publique du Canada. Évaluation de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada de 2008-2009 à 2012-2013. 2014. Récupéré le 8 février 2016. Accès : [http://www.phac-aspc.gc.ca/about\\_apropos/evaluation/reports-rapports/2013-2014/diaha-idlvs/section-5-fra.php#e5](http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/evaluation/reports-rapports/2013-2014/diaha-idlvs/section-5-fra.php#e5)

<sup>26</sup> Agence de la santé publique du Canada. Évaluation de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH de 2009-2010 à 2014-2015. 2015. Récupéré le 16 mars 2016. Accès : [http://www.phac-aspc.gc.ca/about\\_apropos/evaluation/reports-rapports/2014-2015/chivvi-icvcvih/index-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/evaluation/reports-rapports/2014-2015/chivvi-icvcvih/index-fra.php)

## **Annexe 1 : Résumé de l'enquête sur la réponse de la société civile canadienne**

### **Processus de participation**

Une société-conseil indépendante, Be the Change Group Inc., a été mandatée par l'Agence de la santé publique du Canada pour créer une enquête destinée à recueillir les commentaires des organisations de la société civile canadienne concernant l'état de l'épidémie du VIH et les mesures d'intervention contre celle-ci entre 2013 et 2015. La société-conseil a dirigé un webinaire le 20 janvier 2016 pour fournir à la société civile un aperçu du processus de participation. L'enquête, fondée sur l'enquête sur l'Outil d'engagements nationaux et de politiques de l'ONUSIDA de 2014, a été élaborée en consultation avec l'Agence de la santé publique du Canada et les partenaires nationaux de lutte contre le VIH/sida. Elle a été présentée à la société civile en janvier/février 2016. Les commentaires des organismes nationaux de lutte contre le VIH de la société civile ont été pris en considération au moment de créer le rapport final.

### **Représentation régionale – Répartition des répondants**

Parmi les 248 répondants ayant répondu à l'enquête en tout ou en partie, 12 % se sont identifiés en tant que représentant d'un organisme national, 38 % représentaient un organisme régional ou provincial et 51 % représentaient un organisme communautaire. Les organismes représentés desservaient ou représentaient diverses collectivités rurales, éloignées et urbaines, et 32 % des organismes représentés desservaient les trois types de collectivités (rurales, éloignées et urbaines). En tout, 87 % des répondants ont indiqué ne desservir qu'une seule province ou un seul territoire, 11 % desservant toutes les provinces et tous les territoires et 2 % desservant une combinaison de quelques provinces et territoires.

### **Rôle de la société civile**

Les répondants de la société civile ont décrit le rôle clé qu'ils jouent pour fournir des programmes et services liés au VIH conçus pour réduire la stigmatisation et la discrimination et pour offrir des services juridiques et des programmes et services axés sur la prévention auprès des personnes vivant avec le VIH, des hommes gais et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), des utilisateurs de drogues injectables et des travailleurs du sexe. Cependant, un certain nombre de répondants estimaient que les efforts déployés pour accroître la participation de la société civile dans la planification de la lutte du Canada contre le VIH étaient faibles au cours de cette période de déclaration (depuis 2013).

La plupart des répondants considéraient que la représentation du secteur de la société civile dans le cadre de la lutte contre le VIH comprenait, dans une grande mesure, des organisations variées (p. ex. organisations et réseaux de personnes vivant avec le VIH/sida, de travailleurs du sexe et d'utilisateurs de drogues, et organisations confessionnelles).

Certains répondants ont mentionné les principales réussites de la société civile liées aux messages, à l'éducation et à la formation, y compris les changements apportés au programme d'éducation sexuelle dans les écoles secondaires, à la formation des étudiants en médecine et à la formation sur la sensibilisation destinée aux travailleurs communautaires. D'autres ont souligné les efforts accrus pour améliorer la sensibilisation au sujet des lois de non-divulgence du VIH et les exemples de ressources ou programmes réussis de prévention et de promotion de la santé.



## **Stratégie gouvernementale et nationale**

Plusieurs répondants ont émis des commentaires positifs concernant la capacité de la société civile à collaborer avec le gouvernement fédéral. Certains ont également indiqué qu'ils espéraient que la participation du gouvernement fédéral s'améliorera, surtout compte tenu de l'approbation récente des objectifs mondiaux 90-90-90 de l'ONUSIDA par la ministre de la Santé.

Certains répondants ont toutefois perçu un manque d'engagement, car selon eux, il n'existe pas de stratégie nationale de lutte contre le VIH ou encore la stratégie est obsolète<sup>27</sup>, le financement gouvernemental est insuffisant ou le financement a été réduit en raison de la défense des droits et de l'indifférence envers les contributions de la société civile.

## **Pratiques exemplaires**

### Leadership politique

Un certain nombre de répondants ont émis des commentaires positifs, mentionnant la coopération des gouvernements provinciaux, en particulier les gouvernements de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. Les répondants ont fourni plusieurs exemples de contribution efficace de la société civile à l'engagement et à la stratégie politique, notamment le Conseil consultatif ministériel sur l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada (CCM-IF) et la défense des droits en vue d'améliorer le dépistage, le traitement et les programmes de réduction des méfaits, ainsi que d'autres efforts. Les répondants ont mentionné les organisations, les stratégies et les programmes nationaux et provinciaux qui, selon eux, s'étaient avérés efficaces, notamment le Réseau canadien des personnes séropositives, le Réseau canadien autochtone du sida et la stratégie de la Saskatchewan sur le VIH/sida chez les Autochtones.

### Environnement stratégique favorable

Les commentaires concernant l'inclusion des personnes vivant avec le VIH, des populations clés ou d'autres sous-populations vulnérables dans la conception des stratégies portant sur le VIH et la mise en œuvre de programmes étaient généralement positifs. Les répondants ont fourni des exemples positifs de participation, en mentionnant d'importants comités consultatifs, l'inclusion de stratégies et d'approches dans la planification et l'évaluation et le soutien du gouvernement à l'égard du Groupe de travail autochtone international sur le VIH/sida.

De nombreux répondants ont fait remarquer que le Canada a des lois, des règlements ou des politiques qui ont permis d'améliorer la prévention, le traitement, les soins et le soutien liés au VIH pour les populations clés et d'autres sous-populations vulnérables. Les exemples cités comme moyens d'améliorer l'accès au traitement concernaient notamment les soins de santé universels et divers programmes d'accès aux médicaments visant à offrir gratuitement des médicaments abordables contre le VIH en Alberta, en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec. Certains ont fait remarquer que les lois en matière de droits de la personne étaient bénéfiques pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien liés au VIH.

### Élargissement de la portée des programmes de prévention efficaces

---

<sup>27</sup> Certaines organisations de la société civile ne considèrent pas que l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada est une stratégie, tandis que d'autres pensent le contraire.

Les répondants ont mentionné le succès de la sensibilisation des collectivités et des programmes de services communautaires, tels que la sensibilisation du public et les foires de dépistage du VIH, ainsi que l'accès amélioré au dépistage anonyme rapide dans la collectivité. Certains répondants ont indiqué leur soutien envers les centres d'injection supervisés (en particulier Insite à Vancouver) et d'autres activités de réduction des méfaits, le traitement en guise d'outil de prévention, les services de sensibilisation, les services de soutien par les pairs, la formation en leadership entre pairs, les améliorations apportées quant à l'accès aux médicaments pour les Autochtones visés par un traité et les efforts en matière d'éducation et de prévention déployés par les populations vulnérables. Les répondants ont également souligné que le travail de la Colombie-Britannique et de l'Ontario, qui vise à améliorer le suivi des soins au cours du parcours de soins, doit être reproduit ailleurs.

### Élargissement de la portée des soins, du traitement ou des programmes de soutien

Les réussites liées à l'accroissement de la participation des personnes vivant avec le VIH/sida et des communautés de pairs ont été constatées, y compris les nouveaux réseaux de soutien par les pairs dans les centres urbains et les intervenants-pivots auprès des pairs (personnes vivant avec le VIH/sida qui aident d'autres personnes séropositives à élaborer des stratégies de prise en charge par le patient en matière de VIH).

Certains répondants ont décrit une coopération efficace entre les groupes, comme les organismes de services liés au sida et leur travail auprès des organisations de soins de santé en vue d'offrir une solution non clinique à leurs clients afin qu'ils accèdent aux soins. Les collaborations entre ces groupes, les organisations liées au VIH et d'autres organismes de services sociaux ou de santé ont également été observées.

## **Domaines de développement plus poussé**

### Leadership politique

Plusieurs répondants ont demandé l'établissement d'une nouvelle stratégie nationale de lutte contre le VIH accompagnée d'objectifs détaillés et d'une infrastructure de soutien, ainsi qu'un système national d'assurance-médicaments pour veiller à ce que des médicaments importants soient offerts de manière uniforme et universelle.

Les répondants ont aussi indiqué que les programmes gouvernementaux et l'établissement des budgets gouvernementaux aux échelles fédérale, provinciale et locale peuvent encore être améliorés pour tenir compte des nouvelles approches (p. ex. prophylaxie préexposition, traitement en guise d'outil de prévention et réduction des méfaits) et répondre aux nouveaux enjeux, notamment l'épidémiologie changeante du VIH/sida.

### Environnement stratégique favorable

La plupart des répondants ont souligné la loi, les règlements ou les politiques qui constituent des obstacles à l'efficacité de la prévention, du traitement, des soins et du soutien liés au VIH pour les populations clés et d'autres sous-populations vulnérables. Il s'agissait notamment de la criminalisation de la non-divulgence du VIH et des politiques propres aux travailleurs du sexe. Les répondants ont fait remarquer que ces politiques constituent des obstacles majeurs au recours au dépistage, au traitement et aux soins et qu'elles ont exacerbé la transmission du VIH. Les répondants ont aussi décrit des inégalités en matière de stratégie et de programmes

liés à la stigmatisation et à la discrimination de populations particulières, y compris les Autochtones, les zones rurales et isolées (entraînant un accès inéquitable aux services), les jeunes et les programmes de prévention à l'intention des hommes hétérosexuels, des femmes et des personnes vieillissantes vivant avec le VIH/sida.

Quelques répondants ont fait remarquer que les mesures intergouvernementales à l'égard des populations autochtones visant à aborder les problèmes découlant de plusieurs années de politiques fondées sur la colonisation sont insuffisantes. Il a été suggéré que les Autochtones soient mieux représentés dans les programmes en améliorant le leadership des programmes offerts dans les réserves, en appuyant les options de traitement destinées aux Autochtones et en incluant les Autochtones dans les discussions stratégiques en vue d'améliorer l'observance du traitement.

#### Élargissement de la portée des programmes de prévention efficaces et des soins

De nombreux répondants ont fait part de leurs préoccupations concernant les politiques liées à l'éducation en matière de santé, à la réduction des méfaits et à celles qui pourraient avoir une incidence négative sur les efforts. Ils ont indiqué que les efforts de dépistage doivent être élargis pour réduire la proportion de personnes qui ne sont pas au courant de leur séropositivité pour le VIH. D'autres ont fait remarquer que certaines populations doivent participer davantage aux efforts de prévention, notamment les HARSAH et les groupes autochtones.

#### Élargissement de la portée des soins, du traitement ou des programmes de soutien

Un répondant a indiqué qu'un parcours de soins national qui repose sur un travail continu en Colombie-Britannique et en Ontario permettrait de mener une analyse dans les régions géographiques et les populations cibles du Canada. De plus, selon le répondant, un parcours de soins national permettrait d'améliorer la capacité du Canada à présenter des rapports sur les objectifs mondiaux.

Les personnes atteintes du VIH/sida vivant plus longtemps et en meilleure santé, il a été suggéré que les programmes de traitement et de soins soient adaptés à leurs besoins uniques en matière de santé. Certains répondants ont souligné la nécessité d'offrir des services de santé mentale et de toxicomanie au cœur des programmes de traitement du VIH et d'élargir les partenariats à tous les niveaux, entre les différents fournisseurs de services, afin d'améliorer les déterminants de la santé, y compris le logement et la sécurité alimentaire.

**Annexe 2 : Indicateurs au sujet desquels le Canada ne produit pas de rapports**

<b>Indicateur</b>	<b>Justification des indicateurs jugés non pertinents ou non disponibles</b>
1.1 Jeunes : Connaissances sur la prévention du VIH <i>Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui identifient correctement les deux façons de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses au sujet de la transmission du VIH</i>	Cet indicateur provient de la recherche sur l'opinion publique de la société EKOS concernant les connaissances, les attitudes et les comportements à l'égard du VIH (2012). Les données les plus récentes ont été déclarées dans le rapport d'étape de 2014 du Canada. Aucune nouvelle donnée n'est disponible.
1.2 Jeunes : Relation sexuelle avant l'âge de 15 ans <i>Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu une relation sexuelle avant l'âge de 15 ans</i>	Cet indicateur provient de la recherche sur l'opinion publique de la société EKOS concernant les connaissances, les attitudes et les comportements à l'égard du VIH (2012). Les données les plus récentes ont été déclarées dans le rapport d'étape de 2014 du Canada. Aucune nouvelle donnée n'est disponible.
1.6 Prévalence du VIH observée dans des cliniques prénatales, selon le groupe d'âge <i>Prévalence du VIH parmi les femmes fréquentant des cliniques prénatales dans la population générale</i>	Au Canada, les provinces et territoires sont chargés d'offrir des services de santé à la population générale, y compris les soins prénatals qui relèvent de la médecine familiale. Ces données ne sont donc pas disponibles à l'échelle nationale.
1.22 Circoncision, prévalence <i>Pourcentage des hommes âgés de 15 à 49 ans qui sont circoncis</i>	L'épidémie au Canada étant concentrée, avec environ plus de la moitié de cas prévalents chez les hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), la circoncision ne figure pas actuellement dans les recommandations pour la prévention du VIH au Canada. Par conséquent, ces données ne sont pas recueillies.
1.23 Nombre annuel d'hommes volontairement circoncis <i>Nombre de circoncisions ayant été effectuées sur des hommes selon les normes nationales au cours des 12 derniers mois</i>	L'épidémie au Canada étant concentrée, avec environ plus de la moitié de cas prévalents chez les hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), la circoncision ne figure pas actuellement dans les recommandations pour la prévention du VIH au Canada. Par conséquent, ces données ne sont pas recueillies.
2.1 Estimations de la taille des populations clés <i>Nombre de personnes adoptant des comportements précis qui font courir un risque de contracter le VIH à la population donnée</i>	Les estimations de la taille des populations ont été élaborées pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et les populations d'utilisateurs de drogues injectables (UDI) pour l'année 2014 en se fondant sur les données d'enquête disponibles et un examen de la documentation. Le Canada ne fait pas un suivi des travailleurs du sexe et des personnes transgenres à l'échelle nationale.

Indicateur	Justification des indicateurs jugés non pertinents ou non disponibles
2.2 Utilisation du condom chez les travailleurs du sexe <i>Pourcentage de travailleurs du sexe qui déclarent avoir utilisé un condom avec leur dernier client</i>	Le Canada ne recueille pas ces renseignements à l'échelle nationale.
2.3 Dépistage du VIH chez les travailleurs du sexe <i>Pourcentage de travailleurs du sexe qui ont fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat</i>	Le Canada ne recueille pas ces renseignements à l'échelle nationale.
2.4 Prévalence du VIH chez les travailleurs du sexe <i>Pourcentage de travailleurs du sexe vivant avec le VIH</i>	Le Canada ne recueille pas ces renseignements à l'échelle nationale.
2.5 Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes : Utilisation du condom <i>Pourcentage d'hommes qui déclarent avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu une relation sexuelle anale avec un partenaire de sexe masculin</i>	Cet indicateur provient du système de surveillance M-Track géré par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les données les plus récentes, provenant de la dernière enquête menée en 2008, ont été déclarées dans le rapport d'étape de 2014 du Canada. Aucune nouvelle donnée n'est disponible.
2.6 Dépistage du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes <i>Pourcentage d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes qui ont passé un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat</i>	Cet indicateur provient du système de surveillance M-Track géré par l'Agence de la santé publique du Canada. Les données les plus récentes, provenant de la dernière enquête menée en 2008, ont été déclarées dans le rapport d'étape de 2014 du Canada. Aucune nouvelle donnée n'est disponible.
2.8 Utilisateurs de drogues injectables : Programmes de prévention <i>Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par utilisateur de drogues injectables par année dans le cadre de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues</i>	Au Canada, les provinces et territoires sont chargés d'offrir des services de prévention et de santé publique, y compris des programmes d'échange et de distribution d'aiguilles et de seringues. Le Canada ne fait pas un suivi de cette information à l'échelle nationale.
2.9 Utilisateurs de drogues injectables : Utilisation du condom <i>Pourcentage d'utilisateurs de drogues injectables qui ont déclaré avoir utilisé un condom durant leur dernière relation sexuelle</i>	Cet indicateur provient du système de surveillance I-Track géré par l'ASPC. Les données les plus récentes, provenant de la dernière enquête menée en 2012, ont été déclarées dans le rapport d'étape de 2014 du Canada. Aucune nouvelle donnée n'est disponible.
2.10 Utilisateurs de drogues	Cet indicateur provient du système de surveillance I-Track

Indicateur	Justification des indicateurs jugés non pertinents ou non disponibles
injectables : Pratiques d'injection sécuritaires <i>Pourcentage d'utilisateurs de drogues injectables qui déclarent avoir utilisé de l'équipement stérile la dernière fois qu'ils ont consommé des drogues injectables</i>	géré par l'ASPC. Les données les plus récentes, provenant de la dernière enquête menée en 2012, ont été déclarées dans le rapport d'étape de 2014 du Canada. Aucune nouvelle donnée n'est disponible.
2.11 Dépistage du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables <i>Pourcentage d'utilisateurs de drogues injectables qui ont passé un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat</i>	Cet indicateur provient du système de surveillance I-Track géré par l'ASPC. Les données les plus récentes, provenant de la dernière enquête menée en 2012, ont été déclarées dans le rapport d'étape de 2014 du Canada. Aucune nouvelle donnée n'est disponible.
2.13 Personnes suivant un traitement de substitution aux opiacés <i>Nombre de personnes suivant un traitement de substitution aux opiacés</i>	Au Canada, les provinces et territoires sont chargés d'offrir des services de prévention et de santé publique, y compris l'offre de services de substitution aux opiacés. Le Canada ne fait pas un suivi de cette information à l'échelle nationale.
2.15 Prévalence du VIH chez les personnes transgenres* <i>Pourcentage de personnes transgenres vivant avec le VIH</i>	Le Canada ne recueille pas ces renseignements à l'échelle nationale.
3.1 Prévention de la transmission de la mère à l'enfant <i>Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui ont reçu un traitement antirétroviral pour réduire le risque de transmission mère-enfant</i>	Le Canada ne recueille pas ces renseignements à l'échelle nationale.
3.2 Diagnostic précoce des nourrissons <i>Pourcentage des enfants nés de mères séropositives qui ont passé un examen virologique pour le VIH au cours des deux mois suivant leur naissance</i>	Les données disponibles concernent le nombre de nourrissons ayant obtenu un résultat positif à l'examen virologique après l'âge de 24 mois, mais elles n'indiquent pas la période durant laquelle l'examen a été effectué.
3.3 Transmission du VIH de la mère à l'enfant <i>Pourcentage estimé des infections au VIH reportées chez les enfants de femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois</i>	À l'heure actuelle, le Canada ne dispose pas des estimations de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à l'échelle nationale. Des efforts sont déployés actuellement (menés par l'Agence de la santé publique du Canada) pour élaborer de tels modèles statistiques.
3.4 Couverture du dépistage pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	Au Canada, les provinces et territoires sont chargés d'offrir des services de prévention et de santé publique, y compris les soins prénatals. Le Canada ne fait pas un suivi de cette

Indicateur	Justification des indicateurs jugés non pertinents ou non disponibles
<i>Pourcentage de femmes enceintes dont la sérologie VIH est connue</i>	information à l'échelle nationale.
3.5 Couverture du dépistage des partenaires des femmes enceintes <i>Pourcentage de femmes enceintes recevant des services de soins prénatals dont les partenaires masculins ont subi un test de dépistage du VIH durant la grossesse</i>	Compte tenu de l'épidémie concentrée au Canada, avec une prévalence estimée du VIH de 0,01 %, le dépistage systématique des partenaires de femmes enceintes ne figure pas dans les recommandations pour le dépistage du VIH du Canada.
3.9 Couverture de la prophylaxie par cotrimoxazole <i>Pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant commencé une prophylaxie par cotrimoxazole au cours des deux mois suivant leur naissance</i>	Non disponible
4.1 Traitement du VIH : Traitement antirétroviral <i>Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral chez tous les adultes et enfants vivant avec le VIH</i>	À l'heure actuelle, le Canada ne dispose pas de données à l'échelle nationale sur le parcours de soins. Les discussions avec les provinces et territoires sur la façon de surveiller le parcours de soins sont en cours.
4.2 Rétention des patients sous traitement antirétroviral après douze mois <i>Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints du VIH dont on sait qu'ils poursuivent leur traitement 12 mois après le début du traitement antirétroviral</i>	À l'heure actuelle, le Canada ne dispose pas de données à l'échelle nationale sur le parcours de soins. Les discussions avec les provinces et territoires sur la façon de surveiller le parcours de soins sont en cours.
4.2a Rétention des patients sous traitement antirétroviral après vingt-quatre mois <i>Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints du VIH dont on sait qu'ils poursuivent leur traitement 24 mois après avoir commencé un traitement antirétroviral au cours de l'année 2013</i>	À l'heure actuelle, le Canada ne dispose pas de données à l'échelle nationale sur le parcours de soins. Les discussions avec les provinces et territoires sur la façon de surveiller le parcours de soins sont en cours.
4.2b Rétention des patients sous traitement antirétroviral après soixante mois <i>Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints du VIH dont on sait qu'ils poursuivent leur traitement 60 mois après avoir commencé un traitement antirétroviral au cours de</i>	À l'heure actuelle, le Canada ne dispose pas de données à l'échelle nationale sur le parcours de soins. Les discussions avec les provinces et territoires sur la façon de surveiller le parcours de soins sont en cours.

Indicateur	Justification des indicateurs jugés non pertinents ou non disponibles
<i>l'année 2010</i>	
4.3 Couverture des soins liés au VIH <i>Pourcentage de personnes recevant à l'heure actuelle des soins liés au VIH</i>	À l'heure actuelle, le Canada ne dispose pas de données à l'échelle nationale sur le parcours de soins. Les discussions avec les provinces et territoires sur la façon de surveiller le parcours de soins sont en cours.
4.4 Ruptures de stock de médicaments antirétroviraux <i>Pourcentage d'établissements en rupture de stock de médicaments antirétroviraux</i>	Compte tenu du système de santé du Canada, les stocks de traitements antirétroviraux ne sont pas centralisés à l'échelle nationale. Les ruptures de stock de traitements antirétroviraux ne sont généralement pas un problème au Canada.
4.5 Diagnostics tardifs du VIH <i>Pourcentage de personnes séropositives pour le VIH dont la première numération de lymphocytes CD4 est inférieure à 200 cellules par µL en 2015</i>	À l'heure actuelle, le Canada ne dispose pas de données à l'échelle nationale sur le parcours de soins. Les discussions avec les provinces et territoires sur la façon de surveiller le parcours de soins sont en cours.
4.6 Suppression de la charge virale <i>Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral et ayant une charge virale indétectable pendant la période de déclaration (2015)</i>	À l'heure actuelle, le Canada ne dispose pas de données à l'échelle nationale sur le parcours de soins. Les discussions avec les provinces et territoires sur la façon de surveiller le parcours de soins sont en cours.
6.1 Dépenses consacrées à la lutte contre le sida <i>Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida, classées par catégorie et source de financement</i>	Compte tenu du système de suivi financier du gouvernement du Canada, le Canada ne peut pas déclarer les dépenses de façon aussi détaillée.
8.1 Attitude discriminatoire envers les personnes vivant avec le VIH <i>Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui déclarent des attitudes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH</i>	Cet indicateur provient de la recherche sur l'opinion publique de la société EKOS concernant les connaissances, les attitudes et les comportements à l'égard du VIH (2012). Les données les plus récentes ont été déclarées dans le rapport d'étape de 2014 du Canada. Aucune nouvelle donnée n'est disponible.
<i>Les données sur les restrictions de voyage sont recueillies directement par la Direction du droit et des droits de la personne du siège social d'ONUSIDA; par conséquent, aucune déclaration n'est requise.</i>	Aucune déclaration n'est requise conformément à l'ONUSIDA.
10.2 Aide financière externe pour les ménages les plus pauvres <i>Proportion des ménages les plus pauvres qui ont reçu une aide financière externe au cours des trois derniers mois</i>	Le Canada ne recueille pas ces renseignements à l'échelle nationale.
11.1 Prise en charge conjointe de la	Le Canada ne recueille pas ces renseignements à l'échelle



Indicateur	Justification des indicateurs jugés non pertinents ou non disponibles
tuberculose et du traitement du VIH <i>Pourcentage estimé de cas de personnes séropositives ayant incidemment contracté la tuberculose (TB) et ayant reçu un traitement contre la tuberculose et le VIH</i>	nationale.
11.2 Proportion de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour des soins liés au VIH et souffrant de la maladie de tuberculose (TB) active <i>Nombre total de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une TB active exprimé sous forme de pourcentage de personnes nouvellement inscrites pour des soins liés au VIH (avant ou pendant le traitement antirétroviral) pendant la période de déclaration</i>	Le Canada ne recueille pas ces renseignements à l'échelle nationale.
11.3 Proportion de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour des soins liés au VIH et entreprenant un traitement préventif contre la tuberculose (TB) <i>Nombre de patients ayant entrepris un traitement contre une infection tuberculeuse latente, exprimé sous forme de pourcentage du nombre total de patients nouvellement inscrits pour des soins liés au VIH pendant la période de déclaration</i>	Le Canada ne recueille pas ces renseignements à l'échelle nationale.
11.4 Test de dépistage de l'hépatite B <i>Proportion de personnes bénéficiant de soins liés au VIH qui ont subi un test de dépistage de l'hépatite B</i>	Le Canada ne recueille pas ces renseignements à l'échelle nationale.
11.5 Proportion de personnes infectées par le VIH et le VHB suivant à l'heure actuelle un traitement combiné	Le Canada ne recueille pas ces renseignements à l'échelle nationale.
11.6 Test de dépistage de l'hépatite C <i>Proportion de personnes bénéficiant de soins liés au VIH qui ont subi un test de dépistage de l'hépatite C</i>	Le Canada ne recueille pas ces renseignements à l'échelle nationale.

Indicateur	Justification des indicateurs jugés non pertinents ou non disponibles
11.7 Proportion de personnes ayant reçu un diagnostic d'infection par le VIH et par le virus de l'hépatite C (VHC) et ayant commencé un traitement relatif au virus de l'hépatite C pendant une période définie (p. ex. 12 mois)	Le Canada ne recueille pas ces renseignements à l'échelle nationale.
11.8 Test de dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes <i>Pourcentage de femmes enceintes ayant accès à des services de soins prénatals qui ont subi un test de dépistage de la syphilis</i>	Le Canada ne fait pas un suivi de cette information à l'échelle nationale. Au Canada, les provinces et territoires sont chargés d'offrir des services de santé, y compris les soins prénatals et le test de dépistage de la syphilis. Le test de dépistage de la syphilis durant la grossesse est recommandé pour toutes les femmes et est considéré comme une pratique standard au Canada.
11.9 Taux de syphilis chez les personnes recevant des soins prénatals <i>Pourcentage de personnes recevant des soins prénatals et ayant obtenu un résultat positif pour la syphilis</i>	Bien que le sujet et l'indicateur soient pertinents, le Canada ne recueille pas ces renseignements à l'échelle nationale.
11.10 Couverture du traitement de la syphilis chez les personnes recevant des soins prénatals et ayant obtenu un résultat positif pour la syphilis <i>Pourcentage de personnes recevant des soins prénatals et ayant obtenu un résultat positif pour la syphilis qui ont reçu un traitement</i>	Bien que le sujet et l'indicateur soient pertinents, le Canada ne recueille pas ces renseignements à l'échelle nationale.
11.12 Hommes présentant des urétrorrhées <i>Nombre de cas d'urétrorrhée signalés chez les hommes au cours des 12 derniers mois</i>	Bien que le sujet et l'indicateur soient pertinents, le Canada ne recueille pas ces renseignements à l'échelle nationale.
11.13 Ulcérations génitales chez les adultes <i>Nombre de cas d'ulcérations génitales signalés chez les adultes au cours des 12 derniers mois</i>	Bien que le sujet et l'indicateur soient pertinents, le Canada ne recueille pas ces renseignements à l'échelle nationale.