



National Collaborating Centre  
for Infectious Diseases

Centre de collaboration nationale  
des maladies infectieuses

# Réflexions sur le développement de mesures pour la cascade de soins du VIH

## *Comptes-rendus de réunion*

25-26 avril 2017

Winnipeg, Manitoba



# Réflexions sur le développement de mesures pour la cascade de soins du VIH

Comptes-rendus de réunion

25-26 avril 2017

Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses  
En partenariat avec  
l'Agence de la santé publique du Canada  
Préparé par Geneviève Boily-Larouche

Pour nous joindre :

Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses  
Rady Faculty of Health Sciences  
Université du Manitoba  
Tél. : 204-318-2591  
Courriel : [nccid@umanitoba.ca](mailto:nccid@umanitoba.ca)  
[www.nccid.ca](http://www.nccid.ca)

Numéro de projet du CCNMI : 335.

La production de ce document a été possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada dans le cadre du financement des activités du Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada.

## Contenu

Contexte.....	1
Réflexions sur l'élaboration des mesures 90-90-90.....	2
Définir le contexte.....	2
Programmes et comptes-rendus .....	3
Approches et leçons tirées par les provinces et les territoires.....	4
Tableau 1 : Approches et sources de données utilisées par les administrations présentes durant l'événement. ....	5
Tableau 2 : Définitions des indicateurs 90-90-90 d'une administration à l'autre .....	7
Défis et débouchés.....	10
Étapes suivantes .....	13
Conclusions .....	13
La contribution du CCNMI dans l'avenir .....	14
Futures activités prévues de l'ASPC.....	14
Références .....	15
Annexe 1 – Programme .....	17
Annexe 2 – Évaluation des résultats.....	19

## Contexte

En 2014, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont établi de nouvelles cibles mondiales pour accélérer la lutte contre l'épidémie de sida d'ici 2030. Les cibles ont été définies comme suit : à l'horizon 2020, 90 pour cent de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral et 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée (1). Un diagnostic rapide et une amorce rapide du traitement antirétroviral sont essentiels pour atteindre ces cibles. Un bon traitement antirétroviral permet de maintenir une charge virale indétectable, d'améliorer la santé des personnes vivant avec le VIH et de prévenir efficacement la transmission du virus (1-3). Atteindre les cibles 90-90-90 signifierait qu'au moins 73 % de toutes les personnes vivant avec le VIH auraient une charge virale supprimée d'ici à 2020, entraînant ainsi une réduction importante de la transmission du VIH et accélérant la fin de l'épidémie de sida d'ici 2030 (1). Néanmoins, le traitement du VIH à lui seul a peu de chance de répondre à cet ambitieux programme. Travailler sur des approches dictées sur les principes des droits de la personne et d'équité sera tout aussi essentiel. Outre l'amélioration des services de dépistage du VIH, l'arrimage aux soins et la retenue dans les soins, des efforts urgents sont nécessaires pour intensifier d'autres stratégies de prévention de base et de réduction des méfaits. Pour atteindre ces cibles, les problèmes touchant la stigmatisation, la discrimination, l'exclusion sociale, l'accessibilité aux services, et les lacunes des systèmes, doivent tous être abordés, en plus de rallier le savoir communautaire afin d'accélérer le développement de solutions et la sensibilisation des populations. Ces cibles 90-90-90 offrent un cadre efficace pour mesurer les progrès tout au long du continuum de soins du VIH. En suivant l'évolution des personnes séropositives dans ce continuum et l'atteinte de la suppression virale, ces indicateurs aideront à orienter les efforts de prévention et de soins du VIH et permettront de relever les lacunes et les occasions d'interventions.

Au Canada, l'épidémie de VIH est concentrée dans des populations spécifiques. Il s'agit notamment des hommes gais et des autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), des utilisateurs de drogues injectables, des personnes originaires de pays où le VIH est endémique, des Autochtones, des personnes incarcérées, des jeunes à risque et des femmes (4). Il existe néanmoins d'importantes variations régionales dans la répartition de la prévalence et des cas dans les populations spécifiques et les voies d'exposition. En Colombie-Britannique, en Ontario, dans les provinces de l'Atlantique et au Québec, les nouvelles infections au VIH se concentrent principalement chez les HARSAH; en Saskatchewan, les personnes qui consomment des drogues représentent la majorité des nouvelles infections, les Autochtones étant surreprésentés dans cette catégorie d'exposition (5, 6). Au Manitoba et en Alberta, les nouvelles infections au VIH se concentrent principalement chez les personnes qui ont des relations sexuelles hétérosexuelles avec une représentation disproportionnée d'Autochtones et de personnes originaires de pays où le VIH est endémique dans cette catégorie d'exposition (5, 7). La majorité des déclarations de résultats positifs au test du VIH et des cas de sida

déclarés au Canada est concentrée dans les quatre provinces les plus peuplées, soit l'Ontario, le Québec, la Colombie-Britannique et l'Alberta, qui représentent environ 86 % de la population canadienne générale (4). Ensemble, ces quatre provinces représentent 93,3 % de l'ensemble des déclarations de résultats positifs au test du VIH de 1985 à 2011 (4). Cependant, les taux de diagnostic du VIH en Saskatchewan et au Manitoba étaient parmi les plus élevés en 2014 et en 2015 (8).

Le 1<sup>er</sup> décembre 2015, le ministre de la Santé a marqué la Journée mondiale du sida en annonçant que le Canada souscrirait aux cibles 90-90-90 d'ONUSIDA/OMS (9). Un an plus tard, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) publiait les premières estimations nationales des cibles 90-90-90 (10). En travaillant en étroite collaboration avec les provinces, les territoires et d'autres ministères pour élaborer les mesures 90-90-90, l'ASPC a estimé le nombre de personnes vivant avec le VIH au Canada et le pourcentage de personnes diagnostiquées, en traitement et ayant une charge virale supprimée à la fin de 2014. Sur les 65 040 personnes vivant avec le VIH en 2014 (étendue plausible : 53 980 à 76 100), 80 % (76 % à 87 %) d'entre elles avaient reçu un diagnostic, 76 % (70 % à 82 %) des personnes ayant reçu un diagnostic étaient en traitement et 89 % (84 % à 93 %) des personnes en traitement avaient une charge virale supprimée (10). En conséquence, en 2014 au Canada, environ 54 % des personnes vivant avec le VIH avaient atteint la suppression virale.

## Réflexions sur l'élaboration des mesures 90-90-90

### Définir le contexte

L'initiative 90-90-90 s'appuie sur les efforts antérieurs déployés par l'ASPC pour élaborer des mesures nationales pour la cascade de traitement du VIH. En 2011, la cascade de traitement du VIH est apparue comme un cadre d'évaluation permettant de déterminer la source des retards tout au long du continuum de soins (11, 12). Cette cascade comporte six composantes et inclut les trois cibles 90; 1) le nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de VIH (1<sup>re</sup> cible), 2) arrivées à un service de soins pour le VIH, 3) retenues dans les soins, 4) recevant un traitement contre le VIH (2<sup>e</sup> cible) et 5) ayant une charge virale supprimée (3<sup>e</sup> cible). En 2014, l'ASPC a formé un groupe de travail technique pour mieux comprendre la structure des données et les sources de données provinciales et territoriales dans chaque sphère de compétences et repérer un ensemble d'indicateurs nationaux pouvant être utilisés dans les provinces et territoires pour mesurer la cascade de soins pour le VIH. Entre 2014 et 2016, le groupe s'est réuni périodiquement et a proposé un ensemble de définitions pour des indicateurs nationaux.

En août 2016, le premier exercice visant à mesurer les estimations nationales des cibles 90-90-90 à la fin de 2014 a commencé, et l'ASPC s'est ralliée aux provinces, aux territoires et à d'autres ministères pour commencer le travail (10). La première cible 90 a été mesurée à partir des estimations nationales des personnes vivant avec le VIH à la fin de 2014, élaborées à l'aide des données de surveillance du VIH rapportées par les provinces et les territoires, des données sur les décès estimés chez les personnes

vivant avec le VIH et de modèles statistiques (10). La production d'estimations des deuxième et troisième cibles nécessitait la cueillette d'autres renseignements administratifs, cliniques et de laboratoire auprès des provinces et territoires, notamment: 1) les données centralisées des programmes de soins liés au VIH, y compris les données jumelées entre les traitements et les données de laboratoire; 2) les données sur les ordonnances de médicaments à l'échelle provinciale jumelées aux données de laboratoire sur le VIH; 3) les données non jumelées provenant des bases de données sur les ordonnances de médicaments, des laboratoires et des cliniques de traitement du VIH; et 4) les cohortes de personnes diagnostiquées qui reçoivent des soins dans le cadre d'un programme national de soins du VIH (10).

## Programmes et comptes-rendus

Pour permettre de faire un bilan et de partager les leçons tirées de l'élaboration des premières estimations nationales sur les cibles 90-90-90, la Division de la surveillance et de l'épidémiologie de l'ASPC a approché le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI) pour organiser un événement de partage de connaissances sur la démarche épidémiologique liée aux mesures 90-90-90 dans les provinces et territoires. L'objectif était de donner l'occasion aux provinces et aux territoires de tirer des leçons de leurs expériences respectives, d'examiner les principaux défis et de discuter de stratégies et de solutions pour améliorer les sources de données et les estimations futures et, enfin de discuter des prochaines étapes.

Les principaux objectifs de cet événement de deux jours étaient les suivants :

- Examiner ensemble les principaux défis et les leçons apprises lors de l'élaboration des mesures nationales et provinciales des cibles 90-90-90.
- Échanger des connaissances et partager des expériences sur les approches prises pour mesurer les cibles 90-90-90 du VIH entre les différentes administrations.
- Discuter des plans prévus pour les mesures futures et cerner les possibilités d'améliorer les méthodes précédentes.
- Discuter de l'interprétation de la cascade et de la façon dont les estimations pourraient être utilisées pour améliorer les programmes et les politiques.

Le programme complet se trouve en annexe 1.

Du 25 au 26 avril 2017, vingt-et-un participants se sont réunis à Winnipeg pour partager leurs expériences dans l'élaboration des estimations provinciales et nationales des cibles 90-90-90. Au cours de la première journée, l'ASPC a examiné le processus national de mesure des estimations 90-90-90, et les délégués des quatre provinces les plus peuplées, soit le Québec, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique, et de quatre provinces/territoires moins peuplés, la Saskatchewan, le Manitoba, le

Nouveau-Brunswick et les Territoires du Nord-Ouest ont décrit les approches adoptées dans leur région respective et les défis qu'ils ont eus à surmonter. Durant la deuxième journée, l'ASPC a abordé les plans de mise à jour des estimations nationales, et les participants ont échangé sur les prochaines étapes de la surveillance de la cascade. Les résultats des évaluations des participants se trouvent en annexe 2.

## Approches et leçons tirées par les provinces et les territoires

Les provinces montraient des différences dans 1) la capacité et la structure en place pour mesurer les estimations, 2) la définition des indicateurs en raison de sources de données variées et 3) l'état d'avancement de l'accès aux données et la mise en place du processus d'accès. Par conséquent, chaque province a adopté une approche différente pour obtenir et jumeler les ensembles de données nécessaires (tableau 1) et mesurer les estimations des cibles 90-90-90. Dans la mesure du possible, les définitions élaborées par le groupe de travail de l'ASPC ont été utilisées, mais les définitions variaient d'une province à l'autre (tableau 2). Le cas échéant, l'ASPC a rajusté les estimations pour tenir compte de situations uniques dans chaque administration. Comme les définitions, les systèmes de données, le type de données disponibles et la capacité de jumeler l'information provenant de différentes sources variaient d'une administration à l'autre, les estimations nationales des cibles 90-90-90 doivent être interprétées dans le contexte de l'étendue plausible.

Tableau 1 : Approches et sources de données utilisées par les administrations présentes à l'événement.

Provinces/Territoires	Source des données
<p><b>Colombie-Britannique</b>                      La Colombie-Britannique (C.-B.) produit des rapports de surveillance trimestriels de la cascade de soins complets du VIH depuis 2012. Des bases de données jumelées, provenant de plusieurs sources, sont utilisées pour élaborer la cascade de soins du VIH. Le ministère de la Santé de la C.-B. assure le jumelage et la préparation de la base de données finale anonymisée, et le Centre d'excellence sur le VIH/sida de la C.-B. procède à l'analyse finale. Les rapports présentent des analyses de données stratifiées en fonction de l'âge, du sexe et du groupe à risque d'infection au VIH sont produit par l'autorité sanitaire. Le financement provincial et les subventions externes ont rendu possibles le développement et le maintien des rapports trimestriels de surveillance du VIH (13).  <a href="http://www.cfenet.ubc.ca/hiv-monitoring-quarterly-reports-first-quarter-2017">http://www.cfenet.ubc.ca/hiv-monitoring-quarterly-reports-first-quarter-2017</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostics du VIH – Centre d'excellence de la C.-B.</li> <li>- Dépistage du VIH – Centre de contrôle de la maladie de la C.-B. (BC CDC)</li> <li>- Distribution des traitements antirétroviraux – Centre d'excellence de la C.-B.</li> <li>- Médicaments autres qu'antirétroviraux – réseau PharmaNet de la C.-B.</li> <li>- Charges virales – St Paul's Hospital viral lab – Centre d'excellence de la C.-B.</li> <li>- Facturation des médecins – Plan de service médical, ministère de la Santé de la C.-B.</li> <li>- Hospitalisations – Base de données sur les congés des patients, ministère de la Santé de la C.-B.</li> <li>- Décès – Base de données de l'état civil, ministère de la Santé de la C.-B.</li> </ul>
<p><b>Alberta</b>                      L'Alberta a mesuré les estimations provinciales des cibles 90-90-90 la première fois en 2016 pour contribuer à l'effort national. Six bases de données ont été rendues accessibles par le ministère de la Santé de l'Alberta pour mesurer les estimations des cibles 90-90-90 et ont été jumelées via les numéros de santé personnels uniques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic – Système de déclaration des maladies transmissibles [Communicable Disease Reporting System (CDRS)]</li> <li>- Distribution des traitements antirétroviraux – Réseau d'information pharmaceutique</li> <li>- Charges virales – Laboratoire provincial de santé publique (Provlab), Services de laboratoire de Calgary (CLS)</li> <li>- Décès et émigration – Dossiers du registre de population du régime de l'assurance maladie de l'Alberta (AHCIP)</li> <li>- Décès – Base de données sur l'état civil, CDRS</li> </ul>
<p><b>Ontario</b>                      En Ontario, le travail de mesure des estimations des cibles 90-90-90 et de la cascade de soins du VIH s'inscrit dans le cadre de l'initiative ontarienne d'épidémiologie et de surveillance (OHESI) créée en 2014. L'OHESI est une nouvelle collaboration provinciale entre les</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HIV Datamart (magasin de données sur le VIH) – créé à partir de l'intégration des bases de données de diagnostic et de charge virale du laboratoire de santé publique de l'Ontario via le jumelage des dossiers au niveau individuel.</li> <li>- Cohorte de laboratoire VIH de l'Ontario – créée à l'aide de HIV Datamart, permet d'étudier dans le</li> </ul>



<p>organismes œuvrant en épidémiologie et surveillance du VIH en Ontario. Ces organismes comprennent Santé publique Ontario (SPO), le Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et l'ASPC.</p> <p><a href="http://www.ohesi.ca/">http://www.ohesi.ca/</a></p>	<p>temps l'engagement dans la cascade de soins du VIH d'une cohorte de personnes séropositives. Les personnes diagnostiquées avec le VIH sont intégrées à cette cohorte si elles ont un résultat à un test diagnostique nominal positif confirmé et documenté (1985-2015) ou un résultat de charge virale du VIH documenté (1996-2015). Les résultats de tests diagnostiques non nominaux et anonymes ne sont pas pris en considération.</p>
<p><b>Québec</b></p> <p>En 2016, il n'a pas été possible pour le Québec de fournir des données sur les estimations des cibles 90-90-90, car elles n'étaient pas disponibles<sup>1</sup>. Le service de lutte contre les ITSS du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national de la santé publique (INSPQ) et le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) ont élaboré un plan de surveillance pour accéder aux ensembles de données nécessaires et les jumeler. Le plan de surveillance est en cours d'approbation.</p>	<p>Le plan de surveillance propose l'accès aux services suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec – INSPQ</li> <li>- Services médicaux à l'acte – Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)</li> <li>- Services pharmaceutiques – RAMQ</li> <li>- Fichier d'inscription des personnes assurées – RAMQ</li> <li>- Admissibilité à l'assurance médicaments – RAMQ</li> <li>- Admissibilité à l'assurance maladie – RAMQ</li> <li>- Confirmations des tests de laboratoire pour le VIH – LSPQ</li> <li>- Charges virales – LSPQ</li> <li>- Décès – Base de données sur l'état civil, CDRS</li> </ul>
<p><b>Provinces/Territoires</b></p>	<p><b>Ensembles de données</b></p>
<p><b>Manitoba</b></p> <p>Le Manitoba a mesuré les estimations provinciales des cibles 90-90-90 pour la première fois en 2016 pour contribuer à l'effort national. Santé Manitoba, Aînés et vie active a dirigé l'initiative en collaboration avec le programme de lutte contre le VIH au Manitoba et le laboratoire provincial Cadham (CPL).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décès estimés – Statistique Canada</li> <li>- Nombre de personnes en soins – Programme de lutte contre le VIH au Manitoba</li> <li>- Nombre de personnes en traitement médicamenteux – Base de données du réseau d'information sur les médicaments</li> <li>- Charges virales – CPL</li> </ul>
<p><b>Saskatchewan</b></p> <p>La Saskatchewan a mesuré pour la première fois les estimations provinciales des cibles 90-90-90 en 2016 pour contribuer à l'effort national. La Direction de la santé des populations du ministère de la Santé a été mandatée pour mesurer les estimations. La courte échéance n'ayant pas permis d'accéder aux sources de données et de les jumeler, des</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic du VIH – Données sur les maladies à déclaration obligatoire du ministère</li> <li>- Nombre de personnes en traitement médicamenteux – Données sur les médicaments sur ordonnance par le ministère (incluant les Premières Nations et autres groupes)</li> <li>- Dossiers de test et charges virales – Saskatchewan</li> <li>- Données du laboratoire de contrôle des maladies</li> </ul>

<sup>1</sup> Le Québec était toujours inclus dans les estimations nationales, mais ces dernières reposaient en partie sur la répartition des personnes prises en charge dans les cliniques de VIH de Montréal et en partie sur les estimations de l'ASPC.

données indirectes ont été utilisées afin d'estimer chaque cible individuellement.	
<p><b>Nouveau-Brunswick</b></p> <p>Au Nouveau-Brunswick, on a demandé à la Direction des maladies transmissibles du bureau de la santé publique de mesurer les estimations des cibles 90-90-90, et elle a reçu le mandat de fournir les premières estimations provinciales en 2016. En raison d'un court délai, les sources de données n'ont pas pu être jumelées. L'épidémiologiste de la Direction des maladies transmissibles a communiqué avec les médecins spécialistes en maladies infectieuses travaillant dans les régies régionales de la santé pour leur demander des renseignements précis. La province a reçu des données regroupées de la part des fournisseurs de services.</p>	<p>Informations demandées attachées à l'identité des médecins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nombre de patients séropositifs qu'ils suivaient</li> <li>- Parmi ces patients, le nombre recevant un traitement antirétroviral</li> <li>- De ceux qui sont traités, le nombre ayant une charge virale supprimée</li> </ul>
<p><b>Territoires du Nord-Ouest</b></p> <p>Dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O), la demande fédérale a été transmise au ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement des T.N.-O. Le consultant en maladies transmissibles, responsable du suivi de tous les cas de VIH nouvellement diagnostiqués ou nouvellement signalés, a été chargé d'aider les collègues fédéraux dans la production des mesures des cibles 90-90-90 en 2016. L'information a été obtenue et jumelée par le consultant. Des entrevues téléphoniques avec les fournisseurs de soins de santé ont été menées pour compléter et valider l'information.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cas prévalents – Registre des services d'information/assurance maladie des T.N.-O.</li> <li>- Cas prévalents confirmés – Système intégré d'information sur la santé publique des T.N.-O.</li> <li>- Identification des prestataires de soins de santé – Rapports de cas de VIH/SIDA</li> <li>- Cas confirmés, décès, traitement antirétroviral et charge virale – Entrevues avec des fournisseurs de soins de santé</li> <li>- Charge virale – Laboratoire du Stanton Territorial Hospital et laboratoire provincial de l'Alberta</li> <li>- Décès – Statistiques de l'état civil des T.N.-O.</li> </ul>

**Remarque :** Ce tableau comprend les approches utilisées par les provinces et territoires participant à l'événement. Il n'a pas été possible d'avoir des représentants de toutes les provinces et de tous les territoires.

Tableau 2 : Définitions des indicateurs 90-90-90 d'une administration à l'autre

	1 <sup>er</sup> indicateur 90	2 <sup>e</sup> indicateur 90	3 <sup>e</sup> indicateur 90
<b>ASPC,</b> définitions établies par le groupe de travail	Les personnes en vie ayant eu un diagnostic de VIH à la fin de 2014	Personnes ayant reçu ≥1 prescription de traitement antirétroviral en 2014	Personnes avec la dernière mesure de charge virale (CV) à < 200 copies/mL en 2014

<b>Colombie-Britannique</b>	Défini en fonction des personnes ayant l'un des éléments suivants : i) un test VIH positif confirmé; ii) une charge virale plasmatique détectable; iii) Une facturation des services médicaux ou l'hospitalisation en lien avec l'infection au VIH; iv) une maladie causée par le sida; iv) distribution de traitement antirétroviral documentée	Au moins deux prescriptions de traitements antirétroviraux distribués à $\geq 3$ mois d'intervalle en 2014	Aucune charge virale détectable pendant $\geq 3$ mois en 2014
<b>Alberta</b>	Défini en fonction du total des cas déclarés de VIH à la fin de 2014, moins les estimations de décès et migration hors de la province	Au moins une prescription de traitement antirétroviral en 2014, à l'exclusion des personnes présumées sous prophylaxie postexposition (PPE) et prophylaxie préexposition (PPrE)	Charge virale $< 200$ copies/mL lors du dernier test en 2014

	1 <sup>er</sup> indicateur 90	2 <sup>e</sup> indicateur 90	3 <sup>e</sup> indicateur 90
<b>Ontario</b>	<p>Estimation principale : Test diagnostique séropositif confirmé (nominal), ou test de charge virale du VIH, <u>avec</u> suivi sur le plan médical après 2 ans</p> <p>Estimation supérieure : Test diagnostique séropositif confirmé (nominal <b>ou non</b>), <u>ou</u> test de charge virale VIH <u>avec</u> suivi sur le plan médical <b>après 3 ans</b></p> <p>Note : Les individus n'ayant aucun résultat de test de charge virale dans un nombre d'années spécifié et aucun résultat dans les années qui suivent sont considérés perdus au suivi. Ce calcul tient compte des décès et émigration</p>	<p>Est. princ. : Documenté * en traitement lors du <b>dernier</b> test de charge virale, <u>ou</u> l'état du traitement est non documenté et la charge virale est supprimée lors du <b>dernier</b> test</p> <p>Supérieure : Documenté* en traitement pour <b>tous</b> les tests de charge virale, <u>ou</u> l'état du traitement est non documenté mais la charge virale est supprimée pour <b>tous</b> les tests</p> <p>Inférieure : Documenté* en traitement pour <b>tous les</b> tests de charge virale <u>et/ou</u> l'état du traitement est non documenté et la charge virale est supprimée à <b>tous les</b> tests</p> <p>* Le statut du traitement antiviral est documenté sur les formulaires de demande de test de charge virale soumis par le prestataire de soins. Cette information est manquante dans 17-20 % des formulaires.</p>	<p>Est. princ. : Charge virale &lt;200 copies/mL pour le <b>dernier</b> test de charge virale, et connu en traitement ou état du traitement non documenté pour le <b>dernier</b> test de charge virale</p> <p>Supérieure : Charge virale &lt;200 copies/mL pour <b>tous</b> les tests de charge virale, et connu en traitement ou état du traitement non documenté pour <b>tous</b> les tests de charge virale.</p> <p>Inférieure : Charge virale &lt;200 copies/mL pour <b>tous</b> les tests de charge virale, et connu en traitement ou état du traitement non documenté pour <b>tous</b> les tests de charge virale.</p>
<b>Québec</b>	Modélisation basée sur les données de surveillance du VIH, y compris les populations spécifiques	Nombre de patients recevant un traitement antirétroviral	Nombre de personnes avec une charge virale indétectable (<20 copies/ml) ou supprimée (<200 copies/mL)
<b>Manitoba</b>	Nombre total de cas de VIH déclarés par le MB à la fin de 2014, les décès en moins	Au moins une prescription de traitement antirétrovirale en 2014	Charge virale <200 copies/mL lors du dernier test en 2014

	1 <sup>er</sup> indicateur 90	2 <sup>e</sup> indicateur 90	3 <sup>e</sup> indicateur 90
<b>Saskatchewan</b>	Estimation des personnes diagnostiquées séropositives avec un test de charge virale répertorié en 2014, ajoutées aux personnes séropositives qui ont un dossier au laboratoire de contrôle des maladies de la Saskatchewan pour d'autres services en 2014.	Nombre de personnes ayant reçu au moins une prescription de traitement antirétroviral en 2014, ajusté en PPE et PPrE.	Nombre de personnes avec une charge virale <200 copies/ml en 2014
<b>Nouveau-Brunswick</b>	Les cliniciens en maladies infectieuses ont fourni le nombre de personnes suivies pour soins du VIH en 2014	Les personnes ayant au moins une prescription de traitement antirétroviral en 2014	Charge virale <200 copies/mL lors du dernier test en 2014
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>	Les cliniciens en maladies infectieuses ont fourni le nombre de personnes suivies pour soins du VIH en 2014	Les personnes ayant au moins une prescription de traitement antirétroviral en 2014	Charge virale <200 copies/mL lors du dernier test en 2014

## Défis et débouchés

Cette section résume les défis et les débouchés sous-jacents à l'élaboration de stratégies nationales, provinciales, et territoriales pour mesurer les cibles 90-90-90, telles que rapportées par les participants au cours des deux jours.

**Accessibilité des données** – Pour mesurer les indicateurs des cibles 90-90-90, les organisations mandatées pour le travail doivent avoir accès à de multiples sources de données (p. ex. prescriptions de médicaments, dossiers cliniques, dossiers de laboratoire et bases de données administratives). Ces données doivent par la suite être jumelées et centralisées à divers degrés dans les différents provinces et territoires. Dans chaque province ou territoire, une loi sur la santé publique fournit un cadre législatif pour exercer des fonctions de santé publique, notamment la prévention et le contrôle des maladies transmissibles et la surveillance de la santé, tout en protégeant la confidentialité des renseignements sur la santé. Les conditions éthiques et juridiques dans lesquelles la collecte et l'accès aux données sont autorisés varient d'une province à l'autre en vertu des lois sur la santé publique, de leur application et de leur interprétation. Tous les représentants des diverses administrations ont déclaré avoir eu à surmonter des problèmes de réglementation lorsqu'ils ont défini leur stratégie de mesure des cibles 90-

90-90. Parmi les obstacles signalés, mentionnons l'impossibilité d'accéder aux statistiques de l'état civil, l'absence de connaissances sur les propriétaires légaux des ensembles de données, l'absence de mécanismes pour soutenir le jumelage des ensembles de données et la complexité des processus d'approbation des plans de surveillance et de jumelage des données. L'élaboration d'une stratégie pour mesurer la cascade nécessite une planification à long terme. Les procédures d'accès, de jumelage et d'analyse des données sont onéreuses et longues, et nécessitent la création de nouveaux partenariats et la négociation d'accords juridiques. Dans les administrations où les systèmes n'étaient pas déjà en place, le court délai pour produire les estimations a été vu comme un obstacle. Des solutions pour alléger les futurs exercices de mesure ont été proposées par certains participants. Notamment, il a été suggéré d'apprendre de l'expérience de longue date acquise par la division épidémiologique avec la gestion du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (14) pour travailler à la création d'un registre centralisé de données sur le VIH.

**Variabilité et comparabilité entre les administrations** – Comme le type de données disponibles varie d'une administration à l'autre, les définitions et les approches d'indicateurs doivent être adaptées à chaque situation particulière. Par conséquent, les estimations provinciales et territoriales ne sont pas comparables et des variabilités importantes ont été introduites dans les indicateurs nationaux, ce qui explique l'importance de l'étendue plausible des estimations. Les participants ont reconnu que ces estimations devraient être calculées avec plus de précision pour suivre efficacement les succès et les échecs des interventions et des programmes. À cette fin, la création de normes de référence nationales permettrait de mettre au point des méthodes et des définitions comparables au niveau national. Pour ce faire, la sensibilité de ces définitions doit d'abord être évaluée, et plus de sources de données aux fins de validation doivent être identifiées. Jusque-là, mesurer de façon annuelle les indicateurs des cibles 90-90-90 a été jugé excessif, car, à ce jour, les estimés sont peu propices à atteindre les niveaux de précision nécessaire pour permettre d'évaluer les progrès. Néanmoins, les participants ont convenu que l'exercice de 2016 était un bon début pour établir un point de départ pour évaluer l'état des réponses nationales et provinciales au VIH, et que le travail devrait se poursuivre.

**Défis techniques** – Chacune des estimations a posé son propre ensemble de défis techniques. En essayant de valider le nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de VIH (1<sup>re</sup> cible 90), estimation fournie par l'ASPC, certaines administrations ont déclaré être incapables de prendre en compte les décès, la migration et les tests non nominaux et anonymes. Parmi les défis liés au calcul du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral (2<sup>e</sup> cible 90), on compte le fait de devoir composer avec plusieurs régimes d'assurance médicaments fédéraux, provinciaux et territoriaux et d'assurance privée, ainsi que l'incapacité à distinguer les ordonnances d'antirétroviraux dédiées au traitement des personnes vivant avec le VIH des ordonnances dédiées à la prophylaxie post-exposition (PPE), à la prophylaxie préexposition (PrEP) et au traitement de l'hépatite B. L'utilisation de bases de données pharmaceutiques incomplètes et la difficulté à rendre compte des individus perdus au suivi ont aussi été rapportées comme des défis à surmonter. Enfin, concernant la mesure du nombre de personnes en traitement avec une charge virale supprimée (3<sup>e</sup> cible 90), on a mentionné l'impossibilité de lier les dossiers administratifs aux dossiers de laboratoire et l'impact possible des changements dans les lignes

directrices cliniques sur la définition de la suppression de la charge virale. Les participants ont signalé qu'un autre défi résidait dans la structure de certains ensembles de données. Même si certaines sources de données sont accessibles, l'information ne peut pas toujours en être extraite.

**Données propres aux populations spécifiques et à la géographie** – Les participants ont souligné l'importance d'intégrer aux méthodes de calcul actuelles une façon de prendre en compte les facteurs démographiques afin de concentrer les efforts et les ressources de façon appropriée et juste, là où les besoins sont plus criants. Dans la plupart des cas, il n'était pas possible d'obtenir l'information nécessaire pour stratifier les analyses permettant l'estimation des indicateurs en fonction des populations spécifiques (utilisateurs de drogues injectables, hommes ayant eu des rapports sexuels avec d'autres hommes, femmes, personnes dans des établissements pénitentiaires, personnes originaires de pays endémiques et peuples autochtones). Une participation accrue et un engagement continu des populations spécifiques et des personnes vivant avec le VIH dans le processus d'amélioration des estimations et la gouvernance et la mise en œuvre des programmes et des interventions ont été considérés comme les pierres angulaires pour atteindre les cibles 90-90-90. La reprise des projets de surveillance intensifiée par l'ASPC sur les populations spécifiques (enquête I-Track, utilisateurs de drogues injectables, M-Track, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, A-Track Autochtones) et la création de nouveaux partenariats pour partager et accéder à des sources de données spécifiques à ces populations aideront à soutenir ce travail. Entre-temps, les participants ont souligné l'importance de rester conscients du fardeau que ces estimations peuvent représenter pour ces populations et veiller à ce que ce processus ne crée pas plus de stigmatisation autour d'elles.

**Mandat et capacité** – Il existe une différence frappante entre les grandes et les petites administrations au chapitre de la capacité et des ressources consacrées à la mesure des cibles 90-90-90. Alors que les provinces plus peuplées disposent d'organisations, de financement et de ressources pour soutenir le processus de mesure et de coordination des actions dans toute la cascade de soins (diagnostic, arrimage aux soins, retenue dans les soins, traitement, et contrôle de la charge virale), les provinces plus petites ont du mal à mettre en place le processus et ont un pouvoir d'action limité à leur mandat en surveillance et prévention. Réconcilier les mandats incompatibles entre les personnes chargées de calculer les cibles et celles qui ont le pouvoir d'agir à leur égard a été vu comme un défi pour les petites administrations. On a aussi soulevé l'existence de priorités concurrentes dans les petites provinces et des préoccupations quant à la création de la capacité de mesurer les cibles 90-90-90 sans nuire à d'autres programmes importants. Traduire les résultats du rapport sur la cascade des soins en actions concrètes pour adresser les manques identifiés s'est avéré difficile, même dans les plus grandes administrations. L'engagement des cliniques et des régies régionales sera nécessaire pour s'assurer que les mesures de la cascade soient utilisées à leur plein potentiel et servent à améliorer les programmes de dépistages et de soins.

## Étapes suivantes

**Mesures communes et estimations affinées** – Peaufiner les méthodes de calcul des estimations et définir des mesures communes permettront de faire des comparaisons entre les administrations. Les participants ont soulevé la nécessité de créer un réseau national pour poursuivre le travail amorcé par le groupe de travail de l'ASPC, dissolu à l'automne 2016. Ce réseau pourrait fournir une plate-forme pour coordonner les efforts entre les administrations, favoriser la collaboration et l'interaction entre les disciplines et les secteurs, travailler collectivement au peaufinage des estimations et améliorer la transparence et l'échéancier de l'exercice national.

**Accès à l'information** – Les participants ont discuté de la nécessité de mieux comprendre comment les politiques et les contextes gouvernementaux peuvent permettre ou entraver l'accès et le jumelage des sources de données entre les provinces et les territoires. Tous ont souligné la nécessité de réduire les contraintes administratives afin de faciliter l'accès en temps opportun aux ensembles de données, y compris les données démographiques et géographiques. Pour permettre ce processus, le grand public et les gestionnaires administratifs doivent surmonter la peur d'une mauvaise utilisation de ces données. Explorer la façon dont l'interprétation et l'application des lois sur la santé publique peuvent être revues pour mieux soutenir l'accès à l'information sera critique dans ce processus.

**Poursuivre sur la lancée** – Les participants ont déclaré que les cibles 90-90-90 devraient servir de catalyseur pour améliorer les réponses actuelles au VIH au Canada, notamment en ce qui concerne la prévention, le dépistage, la prise en charge rapide pour le traitement antirétroviral, la retenue dans les soins, l'adhésion au traitement antirétroviral, l'engagement des populations et la défense des droits de la personne. Ce premier exercice national a permis d'établir une base de référence pour guider les futurs travaux. Les participants ont suggéré d'engager des personnalités bien connues dans le monde du VIH afin d'améliorer la visibilité des cibles 90-90-90 au niveau nationales et provinciales, d'éveiller l'intérêt des acteurs politiques et de la population en général et de mobiliser des ressources pour relier entre elles les initiatives à travers le pays. L'amélioration des méthodes pour mesurer les estimations provinciales et nationales permettra dans le futur de rendre compte des réussites, d'établir des stratégies pour favoriser l'adoption des programmes prometteurs à l'échelle nationale et d'harmoniser les politiques. La création d'un réseau national favoriserait la cohésion et la collaboration entre les provinces et territoires et permettrait de fournir un soutien aux provinces et aux régions disposant de capacités et de ressources limitées.

## Conclusions

Les objectifs ont été fixés au Canada et, pour atteindre les cibles 90-90-90, il faudra des actions coordonnées dans tous les secteurs et toutes les disciplines afin de surmonter les défis existants. Les épidémiologistes, les cliniciens, les chercheurs, les organismes communautaires, les agents de mise en



œuvre et les décideurs devront faire front commun pour concevoir des stratégies adaptées qui ne laissent personne pour compte.

## La contribution du CCNMI dans l'avenir

Comme courtier de connaissances, le CCNMI aura comme rôle de continuer à soutenir la mise en place de mécanismes d'échange de connaissances pour mesurer et atteindre les cibles 90-90-90. Dans le cadre de ce processus, le CCNMI continuera d'établir des liens et d'être à l'écoute des différents acteurs impliqués et contribuera à la diffusion des pratiques exemplaires et des facteurs environnementaux, sociaux, juridiques et structurels qui permettront de catalyser les efforts. Concrètement, la participation du CCNMI sera la suivante :

- Produire une analyse des contextes législatifs provinciaux et territoriaux en santé publique afin de comprendre comment l'interprétation et l'application des lois sur la confidentialité des données médicales peuvent soutenir la mesure des cibles 90-90-90.
- Contribuer aux efforts du réseau national.

## Futures activités prévues par l'ASPC

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) aura pour mission de :

- Travailler en étroite collaboration avec les provinces et les territoires pour raffiner la méthodologie et améliorer les sources de données afin de réduire l'incertitude entourant les estimations sur l'incidence, la prévalence et les mesures des cibles 90-90-90 et d'établir des estimations pour les populations spécifiques (p. ex., les peuples autochtones).
- Appuyer l'utilisation des mesures des cibles 90-90-90 et des estimations connexes pour guider la conception de programmes de prévention et de contrôle.

## Références

- (1) ONUSIDA. (2014). 90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. Extrait de [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/90-90-90\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf).
- (2) CATIE. (2015). Résultats détaillés de l'étude START. Extrait de <http://www.catie.ca/fr/traitementactualites/traitementsida-210/therapie-anti-vih/resultats-detailles-etude-start>.
- (3) CATIE. (2016). Le risque négligeable : Les résultats les plus récents de deux études continuent de montrer que le traitement antirétroviral et une charge virale indétectable constituent une stratégie de prévention du VIH hautement efficace. Extrait de <http://www.catie.ca/fr/nouvellescatie/2016-09-06/risque-negligeable-les-resultats-les-plus-recents-deux-etudes-continuent-m>.
- (4) Agence de la santé publique du Canada (2015). Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes vivant avec le VIH/sida. Extrait de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/vih-sida/publications/rapports-etape-vih-sida-populations-distinctes/personnes-vivant-avec-vih-sida.html>.
- (5) CATIE. (2017). L'épidémiologie du VIH au Canada. Extrait de <http://www.catie.ca/en/factsheets/epidemiology/epidemiology-hiv-canada>.
- (6) Agence de la santé publique du Canada (2014). Chapitre 8 : Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Le VIH/sida chez les Autochtones au Canada. Extrait de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/vih-sida/publications/actualites-epidemiologie/chapitre-8-vih-sida-autochtones-canada.html>.
- (7) Programme sur le VIH du Manitoba. (2016). Programme sur le VIH du Manitoba 2015. Extrait de [https://ninescircles.ca/wp-content/uploads/2016/08/2015-MB-HIV-Report-Full\\_FINAL.pdf](https://ninescircles.ca/wp-content/uploads/2016/08/2015-MB-HIV-Report-Full_FINAL.pdf).
- (8) Gouvernement du Canada. (2016). Le VIH au Canada : tableaux sommaires de surveillance pour 2014-2015. Extrait de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-canada-tableaux-sommaires-surveillance-2014-2015.html>.
- (9) Gouvernement du Canada. (2015). Déclaration Journée mondiale du sida - 1<sup>er</sup> décembre 2015. <http://news.gc.ca/web/article-en.do?nid=1022689>.
- (10) Agence de la santé publique du Canada (2017). RÉSUMÉ : MESURER LES PROGRÈS RÉALISÉS PAR LE CANADA EN CE QUI CONCERNE LES CIBLES 90-90-90 POUR LE VIH. Extrait de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/resume-mesurer-les-progres-realises-par-le-canada-cibles-90-90-90-pour-le-vih.html>.
- (11) MacCarthy et al. (2015). The HIV care cascade: models, measures and moving forward. Journal of the International AIDS Society 2015, 18:19395. Extrait de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4348400/pdf/JIAS-18-19395.pdf>.

(12) OMS. Meeting report on framework for metrics to support effective treatment as prevention, 2-3 April 2012 Geneva, Switzerland. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/75387>.

(13) Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique. (2016). HIV Monitoring Quarterly Reports, Fourth Quarter 2016. Extrait de <http://www.cfenet.ubc.ca/publications/centre-documents/hiv-monitoring-quarterly-reports-fourth-quarter-2016>.

(14) MacCarthy et al. (2014). Maladies chroniques et blessures au Canada - Le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), une approche novatrice. Extrait de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-34-no-4-2014/systeme-integre-surveillance-maladies-chroniques-quebec-sismacq-approche-novatrice.html>.

## Annexe 1 – Programme

### Partage de connaissances sur le développement de mesures pour la cascade de soins du VIH

Hôte de la réunion - Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses

25-26 avril 2017

Hotel Alt, 310, Donald St, Winnipeg MB

#### Objectifs :

- Examiner ensemble les principaux défis et les leçons apprises lors de l'élaboration des mesures nationales et provinciales des cibles 90-90-90.
- Échanger des connaissances et partager des expériences sur les approches prises pour mesurer les cibles 90-90-90 du VIH entre les différentes administrations.
- Discuter des plans prévus pour les mesures futures et cerner les possibilités d'améliorer les méthodes précédentes.
- Discuter de l'interprétation de la cascade et de la façon dont les estimations pourraient être utilisées pour améliorer les programmes et les politiques.

#### Programme du jour 1 – Partager les expériences et les leçons tirées de la collecte des estimations 90-90-90

8:00 – 8:30	<b>Arrivée et réseautage</b>
8:30 – 8:45	Mot de bienvenue et présentations, objectifs et vue d'ensemble de la réunion <i>Marissa Becker (CCNMI)</i> <i>Marc-André LeBlanc (animateur)</i>
8:45 – 9:15	Examen et bilan du processus des estimations nationales 90-90-90 (présentation et questions-réponses) <i>Claudia Rank (ASPC)</i>
9:15 – 10:30	Approches et leçons tirées des provinces les plus peuplées (présentations et questions-réponses) <i>Bohdan Nosyk (BC); Mariam Osman (AB); James Wilton (ON); Karine Blouin (QC)</i>

10:30	<b>PAUSE</b>
10:45 – 12:00	Approches et leçons tirées de provinces les moins peuplées (présentations et questions-réponses) <i>Valerie Mann (SK); Carla Loeppky (MB); Rita Gad (NB); Myrna Matheson (NT)</i>
12:00	<b>LUNCH</b>
13:00 – 13:30	Réflexions sur la matinée et remue-méninges sur les principaux défis identifiés jusqu'à présent (discussion en plénière)
13:30 – 14:30	L'expérience du processus des estimations des cibles 90-90-90 : Défis et stratégies pour les surmonter (discussion en petits groupes)
14:30	<b>PAUSE</b>
14:45 – 16:00	Estimations et méthodes : similitudes et différences entre les provinces/territoires, et applicabilité de ces méthodes à travers les différentes administrations (rapport et discussion en plénière)
16:00 – 16:15	Récapitulation du jour 1

#### Programme Jour 2 - Aller de l'avant : La prochaine étape pour les estimations 90-90-90

8:30 – 8:45	Commentaires sur la journée d'hier et aperçu de la journée
8:45 – 9:15	Plans pour la mise à jour des estimations nationales et des mesures des cibles 90-90-90 (présentations et questions-réponses) <i>Claudia Rank (ASPC)</i>
9:15 – 10:15	Les défis à relever dans l'avenir pour les mesures des cibles 90-90-90 (présentations et questions-réponses) <i>Valerie Mann (SK); Carla Loeppky (MB); Rita Gad (NB); Myrna Matheson (NT); Bohdan Paul Nosyk (BC); Mariam Osman (AB); James Wilton (ON); Karine Blouin (QC)</i>
10:15	<b>PAUSE</b>
10:30 – 11:15	Identification, interprétation et utilisation des estimations pertinentes et appropriées (discussion en petits groupes)
11:15 – 12:00	Identification, interprétation et utilisation des estimations pertinentes et appropriées (rapport et discussion en plénière)
12:00	<b>REPAS</b>
13:00 – 14:00	Comment pouvons-nous améliorer la collaboration et le réseautage sur les mesures de la cascade de soins du VIH? (Discussion en plénière)
14:00 – 14:15	Étapes suivantes

## Annexe 2 – Évaluation des résultats

Les réponses à l'évaluation ont été positives. Le taux de réponse était très élevé, soit 94 % (17/18), à l'exclusion du personnel du CCNMI.

L'événement était pertinent pour tous les participants et le colloque a atteint les objectifs globaux.

- Quatre-vingt-huit pour cent (88 %) ont dit que l'événement leur avait donné l'occasion de partager leurs expériences, les défis et les leçons tirées de l'élaboration des mesures 90-90-90.
- Cent pour cent (100 %) ont dit que l'événement leur avait donné l'occasion d'en savoir plus sur l'expérience des autres provinces et territoires dans l'élaboration des mesures 90-90-90.
- Quatre-vingt-quatorze pour cent (94 %) ont convenu que l'événement leur avait permis de réfléchir à des plans pour les estimations 90-90-90 et aux possibilités d'amélioration.
- Quatre-vingt-quatorze pour cent (94 %) ont convenu qu'on leur avait donné l'occasion d'aborder les prochaines étapes du processus.
- Quatre-vingt-deux pour cent (82 %) étaient d'accord que l'événement leur avait permis de discuter de l'interprétation de la cascade et de son utilisation pour alimenter les programmes et les politiques.

Lorsqu'on leur a demandé quel était l'aspect le plus utile de l'atelier, tous les participants ont dit avoir aimé en apprendre davantage sur l'expérience des autres provinces et territoires et ont tiré des leçons de leurs défis et de leurs solutions. Dans leurs commentaires, ils ont également mentionné avoir aimé les discussions de groupe et les approches mixtes prises pour favoriser la conversation (présentations, discussion en plénière et discussion en petits groupes). Un participant a exprimé le désir d'avoir des exemples plus précis sur l'utilisation des données par d'autres administrations et un autre a exprimé le souhait que les participants à la réunion s'entendent sur des prochaines étapes plus concrètes. Un dernier participant aurait souhaité que la réunion se concentre sur la mesure de la cascade, sans qu'on s'étende sur les interventions et les programmes, en précisant qu'à eux seuls, ces sujets pourraient faire l'objet d'une réunion de deux jours.

Lorsqu'on leur a demandé ce qu'ils en tiraient, certains participants ont énuméré des éléments concrets :

- Une meilleure compréhension des approches, des défis et des limites des autres provinces.
- Des idées sur la manière de mesurer l'atteinte de la première cible 90.
- Des renseignements sur le processus de cascade et les lacunes, et les idées des autres provinces sur la façon de combler ces lacunes.
- Les approches techniques pour améliorer la mesure de la cascade.
- Des méthodes pour améliorer les analyses.

- Des méthodes pour adapter le travail technique, soutenir le partage des données et le travail de sensibilisation.
- Des solutions issues de provinces plus peuplées qui possèdent davantage de ressources.