

**HESA Rapport d'évidence – la santé LGBT2Q au Canada
le 2 mai 2019**

**Addresser le taux élevé du VIH et des autres infections
transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les
hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des rapports
sexuels avec des hommes au Canada**

*Rapport d'évidence écrit et présenté par le Centre de recherche communautaire (CBRC)
par le comité permanent de la santé (HESA) pour son étude portant sur la santé LGBTQ2
au Canada.*



INTRODUCTION

Le Centre de recherche communautaire est heureux de déposer ce mémoire de preuves portant sur l'importante question du VIH et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les hommes gais, bisexuels, trans, bispirituels et *queer* au Canada (GBT2Q) au Canada au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes dans le cadre de son étude en cours sur la santé LGBTQ2. Ce mémoire adresse le besoin urgent du gouvernement fédéral de lutter contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles chez les hommes GBT2Q, et comporte une gamme d'actions fédérales recommandées afin de réduire cette inégalité historique et actuelle en matière de santé GBT2Q.

ÉNONCÉ DE PROBLÈME

Le VIH et plusieurs autres ITSS, y compris la syphilis et le virus du papillome humain (VPH), ont un impact disproportionné sur les communautés GBT2Q au Canada, entraînant des coûts importants pour les personnes touchées et le système de soins de santé. Les composantes épidémiques actuelles du VIH et des ITSS chez les hommes GBT2Q comportent des facteurs biologiques et comportementaux tels que la prévalence et l'incidence élevées du VIH au sein des réseaux GBT2Q, ce qui augmente le risque de transmission, ainsi que des facteurs sociaux et structurels tels que le stress et la stigmatisation des minorités, des faits qui augmentent les facteurs de risque comportementaux et constituent des barrières à des soins efficaces. Les épidémies de VIH et d'ITSS actuelles qui touchent la communauté GBT2Q peuvent être éradiquées, mais nécessitent une expansion et une mise à l'échelle significatives d'interventions biomédicales, comportementales et structurelles efficaces.

PRÉVALENCE DU VIH ET DES ITSS PARMIS LES COMMUNAUTÉS GBT2Q AU CANADA

La communauté GBT2Q représente la population la plus touchée par le VIH depuis le début de l'épidémie de sida au début des années 80¹ et continue de représenter le plus grand nombre de nouvelles infections chaque année. Les hommes GBT2Q représentent environ 50 % des nouvelles infections², alors qu'ils ne représentent que 2 à 7 % de la population masculine totale³. Des facteurs biologiques et épidémiologiques, y compris la prévalence élevée du VIH dans les réseaux GBT2Q, contribuent à leur risque accru de contracter le VIH, qui est 131 fois plus élevé que celui des hommes qui ne couchent pas avec des hommes au Canada⁴. Bien qu'une baisse du taux de VIH a été signalée chez d'autres populations à risque, notamment les consommateurs de drogues injectables, le nombre de personnes GBT2Q diagnostiquées avec le VIH chaque année est généralement demeuré stable et a même augmenté chez certains jeunes GBT2Q.¹

Au-delà du VIH, les individus GBT2Q sont également touchés de manière disproportionnée par d'autres ITSS, notamment la syphilis et le VPH^{4,6}. Les taux de syphilis infectieuse chez les personnes GBT2Q ont augmenté régulièrement à l'échelle pancanadienne depuis 2011⁷. En Colombie-Britannique, par exemple, les cas de syphilis ont presque doublé au cours des cinq dernières années (de 558 en 2013 à 925 en 2018 – environ 87 % des personnes atteintes étaient GBT2Q). Cela ressemble à de nombreuses épidémies de syphilis dans d'autres juridictions canadiennes, aux États-Unis et dans de nombreux pays européens où les cas de syphilis continuent de toucher principalement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HARSAH)⁶. Selon l'enquête Sex Now menée auprès des hommes GBT2Q au Canada en 2015, environ 40 % des participants n'avaient pas subi de test de dépistage des ITSS ou du VIH au cours de la dernière année. Pour ce qui est du VPH, la prévalence de souches à haut risque (p. ex. celles qui indiquent la présence d'un cancer) est particulièrement élevée chez les individus GBT2Q séropositifs⁸. Comparativement à la population générale, les HARSAH sont environ 20 fois plus susceptibles de développer un cancer de l'an⁹.

LES FACTEURS QUI FAVORISENT LA TRANSMISSION DE VIH ET D'ITSS CHEZ LES HOMMES GBT2Q

Les facteurs qui influencent les épidémies actuelles de VIH et d'ITSS chez les hommes GBT2Q sont complexes et possèdent plusieurs couches. Ils se chevauchent, se croisent et ne sont pas vécus par chaque personne de la même manière^{4,10}. Il s'agit de facteurs *structurels* (p. ex. stigmatisation, racisme et colonialisme), de facteurs *communautaires* (p. ex. charge virale de la population ou degré de succès du traitement du VIH chez une population donnée) et de facteurs *comportementaux et biologiques* (p. ex. charge virale indétectable due à un traitement efficace), qui opèrent au niveau le plus immédiat et déterminent si la transmission du VIH a lieu.⁴

Un facteur important affectant la vulnérabilité des individus GBT2Q au VIH et aux ITSS à plusieurs niveaux est le **stress minoritaire**, ce qui découle des obstacles et aux défis associés au fait d'appartenir à un groupe stigmatisé^{11,12}. Par exemple, au niveau structurel, les individus GBT2Q sont ciblés par des politiques publiques discriminatoires (p. ex. interdiction de donner du sang pour les HARSAH¹³) et sont exclus des institutions et systèmes sociaux tels que l'éducation (p. ex. manque d'éducation sexuelle complète et inclusive¹⁴) et la santé (p. ex. manque de sensibilité culturelle de la part des prestataires de services de soin¹⁵). Sur le plan interpersonnel, les individus GBT2Q continuent de vivre de la discrimination homophobe, du harcèlement ou de la violence dans les écoles, les lieux de travail et les espaces communautaires¹⁶. Dans le sondage Sexe au présent effectué en 2018 par le CBRC, 22 % des répondants GBT2Q ont affirmé avoir été victimes de discrimination au cours de la dernière année en raison de leur orientation sexuelle, 20 % en raison de leur type de corps, 12 % en fonction de leur race et 9 % en fonction de leur sexe.

Ces expériences néfastes entraînent souvent une stigmatisation intériorisée, contribuant à des taux élevés de problèmes de santé mentale graves tels que l'anxiété, la dépression, la consommation problématique de drogues ou d'alcool et la suicidalité, ce qui peut entraîner une prise de risque sexuelle et un risque accru d'infections¹⁷. Une substance qui a eu un impact particulier sur la communauté GBT2Q et la prise de risques sexuels est la méthamphétamine en cristaux (*crystal meth*). Les recherches suggèrent que les hommes GBT2Q sont jusqu'à 20 fois plus susceptibles d'utiliser du crystal meth, une substance qui crée une forte dépendance, est de plus en plus administrée par injection (risque accru de transmission du VIH) et offre peu d'options de traitement efficaces à ceux qui souhaitent cesser de consommer.¹⁸

Les épidémies concomitantes de stress minoritaire, de problèmes de santé mentale tels que la toxicomanie, du VIH et des ITSS chez les hommes GBT2Q se dénomment **syndémiques** et ont fait l'objet de nombreuses recherches et sont bien documentées au Canada et dans le monde.^{19,20} En plus de se dérouler en parallèle, ces épidémies se renforcent mutuellement et interagissent de manière synergique pour favoriser les risques et la marginalisation chez les individus GBT2Q²¹. Toutefois, malgré de solides preuves de syndémisme et l'importance d'intégrer les besoins en matière de santé mentale et de toxicomanie dans les approches de prévention du VIH et des ITSS auprès de la communauté GBT2Q, la plupart des programmes et services de santé sexuelle sont exclus de la santé mentale. Cela conduit à un manque global de soins complets et fait également en sorte que les facteurs sous-jacents contribuant à une mauvaise santé sexuelle continuent de ne pas être adressés. Par exemple, les besoins non satisfaits en matière de santé mentale sont fréquents chez les clients des services spécialisés de santé sexuelle souvent utilisés par les individus GBT2Q²².

En résumé, la prévalence du VIH et de d'autres ITSS, telles que la syphilis et le VPH, est disproportionnellement élevée en raison de multiples facteurs complexes dont le stress minoritaire, les syndémiques et l'accès restreint à des interventions biomédicales efficaces. Afin d'adresser efficacement à ces causes permanentes de mauvaise santé et de transmission des ITSS chez les hommes GBT2Q, le Canada doit prendre des mesures concertées, globales et collaboratives.

ENJEUX EN MATIÈRE DE POLITIQUES ET OPTIONS CONCERNANT LA RIPOSTE DU CANADA AU VIH ET AUX ITSS AUPRÈS DES HOMMES GBT2Q

Bien que les nouvelles infections de VIH et d'ITSS chez les hommes GBT2Q sont surreprésentés depuis des décennies, il existe plusieurs manières d'améliorer la riposte du Canada en renforçant la gamme et la portée des interventions biomédicales, comportementales et structurelles.

Le Canada doit améliorer considérablement l'accès de la population GBT2Q aux interventions médicales nouvelles et existantes qui réduisent le risque biologique et les méfaits découlant de la transmission du VIH et des ITSS – notamment aux antirétroviraux, aux vaccins (pour le VPH et les hépatites B et C) et aux technologies et services de dépistage. Les antirétroviraux sont utilisés depuis des décennies comme traitement anti-VIH et permettent de réduire considérablement la morbidité, la mortalité et l'incidence du VIH²³. Plus récemment, il s'est avéré très efficace pour la prévention chez les personnes séronégatives (prophylaxie pré- et post-exposition, ou PrEP et PPE).^{24,25}

Mais malgré leur efficacité, l'accès aux antirétroviraux continue de varier de manière inégale selon les provinces^{26,27}, et ce, tant pour le traitement du VIH que pour la PrEP. De nombreuses provinces exigent une quote-part ou une franchise, distribuent uniquement dans certaines pharmacies ou limitent les conditions pour lesquelles un médicament peut être prescrit. Dans le contexte du traitement, ces obstacles peuvent être associés de manière significative à une adhésion moins bonne, ce qui peut augmenter la charge virale et le risque de transmission du VIH²⁸. Bien que la responsabilité de l'accès public aux médicaments relève des provinces et des territoires, chacune devrait suivre l'initiative de la Colombie-Britannique – et, plus récemment, de l'Alberta et de la Saskatchewan – afin de rendre les antirétroviraux universellement disponibles et réduire les barrières à l'accès.²⁹

En matière de dépistage, le Canada est en retard sur de nombreux autres pays au niveau de l'innovation en matière de modalités et de technologies, y compris les tests de dépistage rapides effectués par des fournisseurs qui permettent d'avoir des résultats en quelques minutes. Depuis son introduction il y a plus d'une décennie, un seul test de dépistage rapide du VIH autorisé est utilisé au Canada contre sept actuellement aux États-Unis. Il existe également des tests rapides canadiens pour les ITSS qui ne sont pas homologués ici mais qui sont utilisés à l'international. Toutefois, Postes Canada n'autorise pas l'envoi par la poste des spécimens recueillis chez soi à des fins de dépistage d'ITSS, ce qui n'est pas le cas aux États-Unis et en Europe, ce qui nécessite une expédition par messagerie privée et engendre des coûts supplémentaires pour les opérateurs du programme. De plus, il n'y a pas de trousse d'essai à domicile ou d'autotest pour le VIH homologué au Canada, une stratégie fort acceptable qui augmente le nombre de tests effectués. Même les services de dépistage existants varient considérablement selon la ville, la province ou même la région, et ce, car le dépistage rapide du VIH n'est pas disponible dans la région de l'Atlantique à l'exception de quelques sites de recherche.

En ce qui concerne les ITSS autres que le VIH, des investissements supplémentaires en matière d'intervention biomédicale sont nécessaires pour lutter contre la syphilis et le VPH auprès des hommes GBT2Q. Quant à la syphilis, les taux demeurent élevés et augmentent chez les hommes GBT2Q du Canada depuis 2011. À ce jour, la prévention de la syphilis repose sur des interventions comportementales telles que des campagnes visant à accroître l'utilisation et le dépistage du préservatif ou à réduire le nombre de partenaires sexuels ainsi que des services de notification de santé publique des partenaires, des efforts qui connaissent relativement peu de succès pour ce qui est de renverser cette tendance. L'utilisation de prophylaxie antibiotique (p.

ex. doxycycline) pour la prévention des ITSS, dont la syphilis, est une intervention biomédicale potentielle qui fait actuellement l'objet de recherches dans plusieurs pays dont le Canada³⁰.

Alors que la meilleure stratégie afin de protéger les hommes GBT2Q contre les maladies liées au VPH est la vaccination universelle masculine car elle n'oblige pas les patients à divulguer leur orientation sexuelle aux prestataires de soins de santé³¹, l'offre du vaccin Gardasil financé par des fonds publics chez la communauté GBT2Q est limitée à des programmes scolaires et, dans certaines provinces, à des initiatives de santé publique qui couvrent les HARSAH de moins de 26 ans. Cet accès restreint au vaccin anti-VPH ne répond pas aux normes du Comité consultatif national sur la vaccination (CCNI) du Canada, qui a émis une recommandation de grade A pour la vaccination de tous les HARSAH âgés de plus de 9 ans³². L'accès limité des hommes GBT2Q au vaccin anti-VPH est un autre exemple du retard accumulé par le Canada sur d'autres régions, dont l'Europe, où certains programmes couvrent la vaccination jusqu'à 45 ans. Des études menées au Canada et à l'étranger montrent que les taux de vaccination contre le VPH parmi les HARSAH sont faibles – de 7 % à 21 %³³ – et que ces derniers ont généralement peu de connaissances sur le cancer lié au VPH. Cela illustre l'urgence nécessaire d'investir dans le développement de campagnes de sensibilisation et de ressources sur le VPH et les hommes GBT2Q ainsi que d'élargir l'accès pour augmenter leur taux de vaccination.

RECOMMANDATIONS

En tenant compte des questions de politique et des options pour améliorer la réponse du Canada au VIH et aux ITSS auprès des hommes GBT2Q, nous recommandons au gouvernement fédéral d'adopter les mesures suivantes :

1. **Créer un fonds dédié à la prévention du VIH et des ITSS chez les hommes GBT2Q** afin de :
 - a) Établir un programme amélioré de développement d'interventions dirigé par la communauté et chargé de lutter contre les facteurs biomédicaux, comportementaux et structurels des épidémies du VIH et des ITSS. Ce programme devrait spécifiquement être aligné avec le Fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et avec le nouveau Cadre d'action pancanadien sur les ITSS⁵ et mettre en œuvre :
 - a. Des interventions visant à lutter contre les syndémiques chez les hommes GBT2Q, y compris des programmes et services de toxicomanie et de santé mentale;
 - b. Des interventions visant à atténuer le stress minoritaire chez les hommes GBT2Q, y compris programmes et services visant à réduire la stigmatisation, renforcer la résilience et améliorer les compétences culturelles dans le système de santé; et
 - c. Des interventions visant à faciliter la mise en œuvre et la mise à l'échelle d'*approches efficaces en matière de dépistage*, y compris de nouvelles modalités et technologie (ce qui nécessite l'octroi d'une licence pour de nouveaux tests et des modifications réglementaires à Postes Canada afin de permettre l'expédition d'échantillons à des fins de dépistage).

2. Exercer un meilleur leadership par le biais d'organismes et de programmes fédéraux de santé, de réglementation et de domaines connexes afin de :

- a) Mettre à l'échelle de nouvelles méthodes de dépistage faisant appel à des technologies nouvelles et efficaces afin d'encourager les hommes GBT2S à se faire dépister. Cette démarche comporte les recommandations concrètes suivantes :
 - a. Faciliter l'octroi de licences pour de nouveaux types de tests de dépistage des ITSS rapides ou *in situ* au Canada par le biais de la Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada et approuver leur utilisation pour le dépistage à domicile ou pour l'auto-dépistage;
 - b. Développer le système d'analyse de tache de sang séché du Laboratoire national de microbiologie pour le VIH, l'hépatite B et C et la syphilis, qui peut être utilisé hors des établissements de soins de santé traditionnels et qui s'est avéré hautement réalisable et acceptable; et
 - c. Mettre à jour les politiques internes de Postes Canada afin de les rendre conformes à la réglementation canadienne en vigueur (c.-à-d. concernant le transport des marchandises dangereuses) et aux normes de référence (IATA) qui autorisent l'envoi d'échantillons biologiques à des fins de test d'ITSS (p. ex. analyse de tache de sang séché, spécimens auto-prélevés) avec courrier emballage et étiquetage.
- b) Combler les lacunes dans la couverture des interventions biomédicales essentielles contre le VIH et les ITSS chez les hommes GBT2Q, notamment les antirétroviraux pour le traitement et la prévention du VIH (p. ex. la PrEP et la PPE) et le vaccin anti-VPH.
 - a. Car la prestation de traitements médicaux relève de la compétence des provinces, il faudra créer des mécanismes de financement supplémentaires destinés à étendre la couverture du traitement antirétroviral et de la prévention du VIH ainsi que du vaccin Gardasil contre le VPH. La stratégie fédérale de remboursement aux provinces pour la couverture des traitements de traitement de l'hépatite C représente un modèle de financement possible à considérer.
- b) Augmenter la capacité du système de santé à répondre aux besoins des Canadiens GBT2Q. Les actions concrètes pour ce faire incluent :
 - a. Mettre à jour les lignes directrices nationales en matière de santé sexuelle, dont les *Lignes directrices canadiennes pour les infections transmissibles sexuellement*, afin qu'elles tiennent compte des réalités de toutes les minorités sexuelles et de genre;
 - b. Intégrer les évaluations de santé mentale et de consommation de substances dans les directives de santé sexuelle relatives au dépistage et au traitement afin de favoriser les possibilités d'intervention des facteurs sous-jacents de risque sexuel et de transmission des ITSS; et
 - c. Ajouter les hommes GBT2Q à la liste des populations prioritaires pour les demandes de financement de recherche ou de programme présentées par les IRSC, l'ASPC et d'autres organismes pertinents.



QUI NOUS SOMMES

Le Centre de recherche communautaire (CRBC) est un organisme pancanadien chargé de promouvoir la santé des hommes gays, bisexuels, *queer* et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (cis et trans) ainsi que des personnes bispirituelles. Les principaux piliers de la CBRC – soit la recherche communautaire, l'échange de connaissances, la création de réseaux et le développement du leadership – positionnent l'organisme en tant que chef de file, transformant les idées en actions qui font une différence dans nos communautés.

Le CBRC est responsable de Sexe au présent, le sondage le plus important et le plus ancien sur la santé GBT2Q au pays. Il a été élaboré en Colombie-Britannique afin de répondre à une hausse du taux de VIH. Souvent appelé « recensement gai », Sexe au présent est devenu une source essentielle de données sur la santé et le bien-être GBT2Q au Canada et est souvent utilisé par les acteurs communautaires, de la santé publique, de la recherche et des politiques. Depuis 2005, le CBRC organise le *Sommet*, une conférence annuelle de deux jours sur l'échange de connaissances et le renforcement des capacités en matière de santé GBT2Q. Plus d'informations sur Sexe au présent, le Sommet et notre vaste gamme de programmes d'échange de connaissances et de développement d'interventions sont disponibles sur le site web du CRBC : www.cbrc.net.

RÉFÉRENCES :

- ¹ Gouvernement du Canada *Summary: Estimates of HIV Incidence, Prevalence and Proportion Undiagnosed in Canada, 2014*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2015. ([lien](#))
- ² Haddad N, Li JS, Totten S, McGuire M. HIV in Canada–Surveillance Report, 2017. *Can Commun Dis Rep* 2018;44(12):324-32. ([lien](#))
- ³ Rich A, Lachowsky NJ, Cui Z, et al. Estimating the Size of the MSM Population Using Multiple Methods and Data Sources in Vancouver, British Columbia. Presented at the: IAS; 2015; Vancouver, Canada. ([lien](#))
- ⁴ Yang Q, Ogunnaike-Cooke S, Halverson. Estimated national HIV incidence rates among key sub-populations in Canada, 2014. In: Winnipeg, Canada: CAHR; 2016:EPH3.5.
- ⁵ British Columbia. Provincial Health Officer (2014). Kendall P. HIV, Stigma and Society: Tackling a complex epidemic and renewing HIV prevention for gay and bisexual men in British Columbia. Provincial Health Officer's 2010 Annual Report. Victoria, BC: Ministry of Health. Page 47. ([lien](#))
- ⁶ STI in British Columbia: Annual Surveillance Report 2016. Vancouver, BC: BC Centre for Disease Control; 2018. ([lien](#))
- ⁷ Agence de la santé publique du Canada. Population-Specific HIV/AIDS Status Report: Gay, Bisexual, Two-Spirit and Other Men Who Have Sex With Men - Agence de la santé publique du Canada. ([lien](#))
- ⁸ Gee J, Weinbaum C, Sukumaran L, et al. Quadrivalent HPV vaccine safety review and safety monitoring plans for nine-valent HPV vaccine in the United States. *Hum Vaccin Immunother* 2016;12(6):1406-1417 ([lien](#))
- ⁹ Poon, M.K.L. et al. HIV-positive MSM's knowledge of HPV and anal cancer self-sampling: A scoping review. *Current Oncology*, [S.l.], v. 25, n. 1, p. e83-e89, feb. 2018. ([lien](#))
- ¹⁰ Mustanski B, Garofalo R, Herrick A, Donenberg G. Psychosocial health problems increase risk for HIV among urban young men who have sex with men: preliminary evidence of a syndemic in need of attention. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med* 2007; 34(1): 37-45. ([lien](#))

-
- ¹¹ Meyer I. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav* 1995; 36(1): 38-56.
- ¹² Hatzenbuehler ML. Structural Stigma and Health Inequalities: Research Evidence and Implications for Psychological Science. *Am Psychol* 2016; 71(8): 742-751. ([lien](#))
- ¹³ Ontario HIV Treatment Network: Blood donor deferral policies for men who have sex with men across high-income countries. Rapid Response (2017). ([lien](#))
- ¹⁴ Saewyc EM, Konishi C, Rose HA, et al. School-based strategies to reduce suicidal ideation, suicide attempts, and discrimination among sexual minority and heterosexual adolescents in Western Canada. *Int. J. Child, Youth Fam. Stud.* 2014;1:89–112 ([lien](#))
- ¹⁵ Ontario HIV Treatment Network: Facilitators and barriers to health care for lesbian, gay, and bisexual (LGB) people. Rapid Response (2014). ([lien](#))
- ¹⁶ Finneran C, Chard A, Sineath C, et al. Intimate Partner Violence and Social Pressure among Gay Men in Six Countries. *West J Emerg Med* 2012;13(3):260-271 ([lien](#))
- ¹⁷ Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations; Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol. Bull.* 2003;129:674–97. ([lien](#))
- ¹⁸ Knight R. Investments in implementation science are needed to address the harms associated with the sexualized use of substances among gay, bisexual and other men who have sex with men. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(6):e25141. ([lien](#))
- ¹⁹ Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet* 2017; 389(10072): 941-950. doi:10.1016/S0140-6736(17)30003-X.
- ²⁰ Card KG, Lachowsky NJ, Armstrong HL, et al. The additive effects of depressive symptoms and polysubstance use on HIV risk among gay, bisexual, and other men who have sex with men. *Addict Behav* 2018; 82: 158-165. ([lien](#))
- ²¹ Mimiaga MJ, O’Cleirigh C, Biello KB, et al. The effect of psychosocial syndemic production on 4-year HIV incidence and risk behavior in a large cohort of sexually active men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999 2015; 68(3): 329-336. ([lien](#))
- ²² Salway T, Ferlatte O, Shoveller J et al. The Need and Desire for Mental Health and Substance Use-Related Services Among Clients of Publicly Funded Sexually Transmitted Infection Clinics in Vancouver, Canada. [J Public Health Manag Pract.](#) 2019 May/Jun;25(3):E1-E10. doi: 10.1097/PHH.0000000000000904.
- ²³ Montaner JSG, Lima VD, Harrigan PR, et al. Expansion of HAART Coverage Is Associated with Sustained Decreases in HIV/AIDS Morbidity, Mortality and HIV Transmission: The “HIV Treatment as Prevention” Experience in a Canadian Setting. *PLoS ONE* 2014; 9(2): e87872. ([lien](#))
- ²⁴ Tan DHS, Hull MW, Yoong D, et al. Canadian guideline on HIV pre-exposure prophylaxis and nonoccupational postexposure prophylaxis. *CMAJ* 2017; 189(47): E1448-E1458. ([lien](#)).
- ²⁵ McCormack S, Dunn DT, Desai M, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet Lond Engl* 2016; 387(10013): 53-60. ([lien](#))
- ²⁶ Access to HIV and Hepatitis C Drugs: Federal, Provincial and Territorial Drug Access Programs. *CATIE* 2018. ([lien](#))
- ²⁷ Yoong D. *Access and Coverage of Antiretroviral Drugs through Canada’s Provincial and Territorial Drug Programs.* Toronto, Ontario: St. Michael’s Hospital; 2018. ([lien](#))
- ²⁸ Eaddy MT, Cook CL, O’Day K, Burch SP, Cantrell CR. How Patient Cost-Sharing Trends Affect Adherence and Outcomes. *Pharm Ther* 2012; 37(1): 45-55. ([lien](#))
- ²⁹ Riegar S. Alberta government announces universal coverage for HIV-prevention drug PrEP. CBC, September 2018. ([lien](#))
- ³⁰ Molina JM, Charreau I, Chidiac C, et al. Post-exposure prophylaxis with doxycycline to prevent sexually transmitted infections in men who have sex with men: an open-label randomised substudy
- ³¹ Canadian Pediatric Society. Human papillomavirus vaccine for children and adolescents: Position Statement. Jun 2018. ([lien](#))
- ³² Agence de la santé publique du Canada. Update on the recommended Human Papillomavirus (HPV) vaccine immunization schedule: An Advisory Committee Statement (ACS). ([lien](#))

³³ Cummings T, Kasting ML, Rosenberger JG, Rosenthal SL, Zimet GD, Stupiansky NW. Catching up or missing out? Human papillomavirus vaccine acceptability among 18- to 26-year-old men who have sex with men in a US national sample. *Sex Transm Dis* 2015;42(1):601–6.

³⁴ Moores A, Phillips JC, O’Byrne P, MacPherson P. Anal cancer screening knowledge, attitudes, and experiences among men who have sex with men in Ottawa, Ontario. *Can J Hum Sex* 2015;24(3):228–36.

³⁵ Agence de la santé publique du Canada. Reducing The Health Impact of Sexually-Transmitted and Blood-Borne Infections in Canada by 2030: A Pan-Canadian Framework for Action ([lien](#))