

# Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2014



## MESSAGES CLÉS ET SOMMAIRE

Décembre 2015

Raphaël Bitera, Micheline Fauvel, Michel Alary, Cécile Tremblay, Raymond Parent, Diane Sylvain, Maureen Hastie

**Au Québec, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) fait l'objet d'une collecte de données épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population depuis avril 2002. Ce rapport décrit les principales caractéristiques des cas enregistrés en 2014, ainsi que la tendance du nombre annuel de nouveaux diagnostics depuis 2005.**

## Faits saillants

On compte 522 cas d'infection par le VIH rapportés pour l'année 2014. Ce nombre comprend 278 nouveaux diagnostics, 228 anciens diagnostics<sup>1</sup> et 16 diagnostics non classés dans l'une ou l'autre de ces catégories.

Les cas sont concentrés à Montréal. À elle seule, cette région qui abrite un quart de la population du Québec compte pour 61,3 % des cas; les régions de la Montérégie et de la Capitale-Nationale suivent avec respectivement 10,5 % et 8,6 % des cas. Les autres régions comptaient moins de 5 % des cas chacune, incluant deux d'entre elles qui n'en comptent aucun en 2014, soit Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Plus de la moitié (54,9 %) des cas sont d'origine ethnoculturelle canadienne. Les Autochtones du Canada forment 1,6 % des cas. Les autres cas (43,5 %) sont

d'origines ethnoculturelles d'un peu partout dans le monde.

Chez les hommes ( $n = 394$ ), les deux tiers des cas, soit 66,5 % si on inclut les Autochtones du Canada, sont d'origine canadienne; le tiers restant est rapporté pour des cas d'origines ethnoculturelles non canadiennes.

À l'inverse chez les femmes ( $n = 128$ ), les trois quarts (74,1 %) des cas sont d'origines ethnoculturelles étrangères et 25,8 % sont des Canadiennes de souche (Autochtones incluses).

Les cas d'origines ethnoculturelles de pays d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes sont majoritaires chez les femmes. Ils forment 63,2 % des cas de sexe féminin et 88,4 % des cas confirmés pour les femmes d'origines ethnoculturelles étrangères.

<sup>1</sup> Les anciens diagnostics sont des cas qui rapportaient des tests positifs antérieurs et qui n'avaient pas été enregistrés au moment des confirmations antérieures de leur positivité au VIH.

L'épidémie du VIH reste concentrée dans des groupes de populations à risque :

- La moitié (52,9 %) des cas sont des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH),
- 22,6 % des cas sont reliés à l'origine d'un pays endémique (OPE) pour le VIH et à la transmission hétérosexuelle du virus,
- 10,5 % concernent des résidents originaires du Canada ou d'autres pays non endémiques pour le VIH et sont également reliés aux rapports hétérosexuels non protégés<sup>2</sup>,
- 8,8 % des cas sont des usagers de drogues par injection (UDI);
- Les HARSAH/UDI représentent 2,5 % des cas.

L'âge médian des nouveaux diagnostics est de 39 ans.

La majorité (65,5 %) des nouveaux diagnostics avait entre 25 et 49 ans; 24,5 % avaient 50 ans et plus et 10,1 % avaient moins de 25 ans.

Les hommes restent les plus touchés et constituent 81,7 % des nouveaux diagnostics.

Parmi 227 cas nouvellement diagnostiqués dans cette population, les trois quarts (75,8 %) sont des HARSAH.

Parmi 51 nouveaux diagnostics chez les femmes, plus de la moitié (54,9 %) sont reliés à l'OPE.

Au Québec, le taux de nouveaux diagnostics est 3,4 pour 100 000 personnes en 2014 :

- La région de Montréal se démarque par un taux nettement supérieur à la moyenne provinciale, soit 8,5 pour 100 000 personnes,
- Le taux rapporté chez les hommes (5,6 pour 100 000) est 4,7 fois plus élevé que celui chez les femmes (1,2 pour 100 000);
- Le taux le plus élevé est associé au groupe d'âge de 40-44 ans.

Près de la moitié (45,3 %) des nouveaux diagnostics n'avaient jamais eu de dépistage du VIH auparavant.

La proportion de nouveaux diagnostics qui n'avait jamais eu de dépistage du VIH auparavant reste relativement élevée ( $\geq 27$  %) chez les HARSAH, les UDI et les immigrants de pays endémique, groupes de populations les plus touchés par la maladie.

Une proportion relativement élevée (15,1 %) de nouveaux diagnostics avait des infections chroniques symptomatiques du VIH ou des signes du sida (diagnostic tardif).

La tendance des nouveaux diagnostics est à la baisse. Le taux de nouveaux diagnostics est passé de 5,5 pour 100 000 habitants en 2005 à 3,4 pour 100 000 habitants en 2014, soit une diminution de 38,2 % en dix ans. La moyenne estimée à 382 nouveaux diagnostics par an pour la période 2005-2009 s'établit à 325 par an entre 2010 et 2014, soit une diminution de 14,9 % en cinq ans.

## Transmission verticale et par des dons de sang

La transmission verticale reste marginale et rare au Québec. Aucun nouveau diagnostic de transmission d'une mère à son enfant n'est rapporté en 2014. La majorité des cas reliés à cette catégorie d'exposition depuis 2002 sont des immigrants infectés à la naissance dans leurs pays d'origine.

La transmission par des dons de sang, des greffes d'organes et de tissus semble contrôlée au Québec. Aucun nouveau diagnostic n'est relié aux dons sanguins en 2014. Les cas attribués à cette catégorie d'exposition depuis 2002 ont été infectés avant les mesures de sécurité des dons de sang ou à l'extérieur du Canada. La majorité avait plus de 45 ans et les rares cas plus jeunes sont des immigrants.

<sup>2</sup> Cas d'infections par des partenaires hétérosexuels à risque et cas hétérosexuels avec d'autres facteurs de risque (partenaires multiples, contacts avec des travailleurs ou des travailleuses du sexe, antécédents d'ITSS, séjour dans un pays endémique, etc.).

## Limites et interprétation des résultats

Les données du programme ne permettent pas de préciser la prévalence ou l'incidence du VIH au Québec. Elles portent sur les cas qui sont enregistrés; tandis qu'elles excluent les PVVIH qui ne le sont pas et celles non dépistées qui ignorent qu'elles ont le VIH.

Les nouveaux diagnostics comprennent des infections récentes et d'anciennes infections tardivement diagnostiquées. La majorité (79,5 %) des infections nouvellement dépistées l'ont été chez des individus qui n'avaient jamais eu de dépistage auparavant ou dont le dernier test négatif datait de plus d'un an. Elles pouvaient être récentes ou anciennes.

Un test d'infection récente est actuellement validé et appliqué dans le contexte d'un projet de recherche visant l'optimisation du programme de surveillance. Les résultats du projet permettront d'estimer le nombre de cas incidents parmi les nouveaux diagnostics pour la période 2015-2017.

Le programme actuel ne permet pas d'estimer le nombre de cas diagnostiqués qui sont pris en charge, ni la proportion de ces derniers qui ont une charge virale indétectable.

Un projet de recherche visant à évaluer de nouvelles approches d'optimisation de la surveillance du VIH au Québec incluant la documentation de la cascade de soins aux personnes vivant avec le VIH vient de recevoir un avis favorable de la Commission d'accès à l'information du Québec.

Le VIH se transmet encore activement au Québec et une proportion relativement élevée de cas est diagnostiquée à un stade avancé de la maladie et ne bénéficie pas d'un traitement précoce.

Les hommes et particulièrement les HARSAH sont les plus touchés. Chez les femmes, la catégorie d'exposition dominante est constituée de cas d'immigrantes de pays où le virus est endémique. Les personnes qui partagent du matériel de consommation de drogues ont également un risque élevé.

# Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2014

## AUTEURS

Raphaël Bitera, agent de planification, de programmation et de recherche  
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Micheline Fauvel, directrice adjointe par intérim  
Laboratoire de santé publique du Québec

Michel Alary, médecin-conseil  
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Cécile Tremblay, directrice scientifique  
Laboratoire de santé publique du Québec

Raymond Parent, chef d'unité scientifique  
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Diane Sylvain, intervenante en santé publique  
Laboratoire de santé publique du Québec

Maureen Hastie, agente de planification, de programmation et de  
recherche  
Laboratoire de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF)  
sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au :  
<http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont  
autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute  
autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du  
Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce  
document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une  
demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur  
des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à  
l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>,  
ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à  
condition d'en mentionner la source.

©Gouvernement du Québec (2015)

N° de publication : 2066 – Sommaire

