



Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec

RAPPORT ANNUEL 2015

RÉDACTION

Raphaël Bitera, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Micheline Fauvel, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Michel Alary, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Cécile Tremblay, Département de microbiologie, infectiologie et immunologie, Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Raymond Parent, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Diane Sylvain, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Maureen Hastie, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Karine Blouin, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Éric Demers, Unité de recherche en santé des populations, Hôpital du Saint-Sacrement, CHU de Québec-Université Laval

Marc Dionne, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Florence Doualla-Bell, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Gilles Lambert, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Danièle Longpré, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec
Clinique l'Actuel

Johanne Samson, Centre Maternel et Infantile sur le SIDA, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Bouchra Serhir, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Sylvie Venne, Direction du développement des individus et de l'environnement social, ministère de la Santé et des Services sociaux

SECRÉTARIAT

Isabelle Petillot, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

FINANCEMENT

Le programme de surveillance et l'analyse des données sont réalisés grâce au financement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

REMERCIEMENTS

La surveillance épidémiologique des cas d'infection par le VIH, qui a débuté en avril 2002, ne saurait être possible sans la précieuse collaboration des médecins, des infirmières et des infirmiers qui fournissent les renseignements épidémiologiques requis, et de tous les professionnels de la santé publique impliqués de près ou de loin dans les activités de surveillance de l'infection par le VIH.

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.

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

Dépôt légal – 4^e trimestre 2016

Bibliothèque et Archives Canada

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISSN : 1913-3405 (PDF)

ISBN : 978-2-550-77081-7 6 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2016)

Table des matières

Liste des tableaux.....	II
Liste des figures.....	III
Liste des sigles et acronymes	IV
Résumé	1
1 Contexte et méthodologie.....	4
1.1 Modalité de collecte des données.....	4
1.2 Procédure d'élimination des doublons.....	5
1.3 Analyses.....	5
2 Définition d'un nouveau et d'un ancien diagnostic	6
2.1 Nouveau diagnostic	6
2.2 Ancien diagnostic.....	6
2.3 Diagnostic non caractérisé comme étant ancien ou nouveau	6
3 Nombre et proportion de tests confirmés positifs	6
4 Caractéristiques des cas.....	7
4.1 Distribution selon le sexe	7
4.2 Âge au moment du diagnostic.....	8
4.3 Région de résidence	8
4.4 Taux des nouveaux diagnostics	8
4.5 Origines ethnoculturelles	10
4.6 Principales catégories d'exposition.....	11
4.7 Les cas sans NAM	14
4.8 Taux de CD4 et charge virale	14
4.9 Comportement de dépistage.....	17
4.10 Tendances des nouveaux diagnostics	17
5 Limites et interprétation des données	27
5.1 Limites.....	27
5.2 Interprétation des résultats	28
6 Conclusion	29

Le sommaire et l'annexe de ce document sont disponibles aux adresses suivantes :

https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2192_programme_surveillance_vih_sommaire.pdf.

https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2192_programme_surveillance_vih_annexe.pdf.

Annexe

Annexe – Tableaux supplémentaires

Liste des tableaux

Tableau 1	Nombre de cas selon le sexe, 2015	7
Tableau 2	Moyenne et médiane d'âge en années des nouveaux diagnostics, 2006-2015	8
Tableau 3	Région de résidence des cas, 2015	8
Tableau 4	Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par 100 000 personnes, par sexe et groupe d'âge, 2014-2015.....	9
Tableau 5	Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par 100 000 habitants, selon la région, 2011-2015.....	10
Tableau 6	Origines ethnoculturelles des cas, selon le sexe, 2015	11
Tableau 7	Principales catégories d'exposition, 2015	12
Tableau 8	Distribution des cas selon l'origine ethnoculturelle et la catégorie d'exposition, 2015.....	12
Tableau 9	Taux de CD4 selon le sexe, le groupe d'âge et la catégorie d'exposition, 2015	15
Tableau 10	Charge virale selon le sexe, le groupe d'âge et la catégorie d'exposition, 2015	16
Tableau 11	Nombre de nouveaux diagnostics selon qu'ils avaient un test antérieur négatif ou non, 2015	17

Liste des figures

Figure 1	Nombre de tests de détection du VIH réalisés et proportion confirmée positive, selon l'année du prélèvement, 2003-2015	7
Figure 2	Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS pour 100 000 personnes, par sexe et groupe d'âge, 2015.....	9
Figure 3	Nombre de NOUVEAUX DIAGNOSTICS chez les HOMMES, selon la catégorie d'exposition et l'année du prélèvement, 2006-2015	13
Figure 4	Nombre de NOUVEAUX DIAGNOSTICS chez les FEMMES, selon la catégorie d'exposition et l'année du prélèvement, 2006-2015	13
Figure 5	Nombre de NOUVEAUX et d'ANCIENS DIAGNOSTICS selon l'année du prélèvement, 2003-2015.....	19
Figure 6	Nombre de NOUVEAUX DIAGNOSTICS selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015	19
Figure 7	Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par 100 000 personnes, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015	20
Figure 8	Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS pour 100000 personnes selon le groupe d'âge et l'année du prélèvement, 2003-2015	20
Figure 9	Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par 100 000 personnes de 15 à 24 ans, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015	21
Figure 10	Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par 100 000 personnes de 25 à 34 ans, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015	21
Figure 11	Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par 100 000 personnes de 35 à 44 ans, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015	22
Figure 12	Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par 100 000 personnes de 45 à 54 ans, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015	22
Figure 13	Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par 100 000 personnes de ≥ 55 ans, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015	23
Figure 14	Nombre total de NOUVEAUX DIAGNOSTICS selon la catégorie d'exposition et l'année du prélèvement, 2006-2015	23
Figure 15	Proportions des cas attribués à chacune des catégories d'exposition parmi les NOUVEAUX DIAGNOSTICS, selon l'année du prélèvement, 2003-2015	24
Figure 16	Nombre de NOUVEAUX DIAGNOSTICS de cas UDI, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015.....	24
Figure 17	Nombre de NOUVEAUX DIAGNOSTICS chez les HARSAH, selon le groupe d'âge et l'année du prélèvement, 2003-2015	25
Figure 18	Nombre de NOUVEAUX DIAGNOSTICS attribués à l'OPE, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015	25
Figure 19	Nombre de NOUVEAUX DIAGNOSTICS de cas hétérosexuels non OPE, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015	26

Liste des sigles et acronymes

AD	Ancien diagnostic
Afriq Nord / MO	Afrique du Nord et Moyen-Orient
Afriq subsah	Afrique subsaharienne
CH	Cas hétérosexuel non relié à un pays endémique
DS/FC	Don de sang et/ou facteur de coagulation
Dnc	Diagnostic non classé comme étant un ancien ou un nouveau
F	Femme
H	Homme
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
H/U	Cas à la fois HARSAH et usager de drogues injectables
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISP	Intervenante de santé publique
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MO	Moyen-Orient
NAM	Numéro d'assurance maladie
ND	Nouveau diagnostic
OEC	Origine ethnoculturelle
OPE	Origine d'un pays endémique pour le VIH
PHR	Partenaire hétérosexuel à risque
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RSS	Région sociosanitaire
SRI	Sans risque identifié
Trans	Transsexuel
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé

Contexte

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 2015, ainsi que la tendance du nombre annuel de nouveaux diagnostics de la maladie.

Faits saillants

Au total, 609 cas d'infection par le VIH sont rapportés pour l'année 2015. Ce nombre comprend 299 nouveaux diagnostics, 300 anciens diagnostics¹ et 10 cas non classés dans l'une ou l'autre de ces catégories.

Toutes ces personnes sont infectées par le VIH1.

Les cas sont concentrés à Montréal. À elle seule, cette région qui abrite un quart de la population du Québec compte pour 60,9 % des cas. Les régions de la Montérégie et de la Capitale-Nationale suivent avec respectivement 11,2 % et 5,9 % des cas.

Les autres régions comptaient moins de 5 % des cas chacune, incluant quatre d'entre elles qui n'en comptent aucun en 2015, soit la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les Terres-Cries-de-la-Baie-James, le Nord-du-Québec et le Nunavik.

Plus de la moitié (55,9 %) des cas sont d'origine canadienne. Les Autochtones du Canada forment 0,7 % des cas. Les autres cas (43,4 %) sont d'origines ethnoculturelles étrangères.

Chez les hommes (n = 473), les deux tiers des cas, soit 65,7 % si on inclut les Autochtones du Canada, sont d'origine canadienne. Le tiers restant est d'origine ethnoculturelle non canadienne.

À l'inverse chez les femmes (n = 134), la majorité (73,9 %) des cas sont d'origines ethnoculturelles étrangères, surtout de pays d'Afrique subsaharienne ou

des Caraïbes. Le quart restant (26,1 %) est d'origine ethnoculturelle canadienne (Autochtones incluses).

L'épidémie du VIH reste concentrée dans des groupes de populations qui ont des comportements les exposant à un risque accru.

Parmi les cas enregistrés en 2015 :

- 55,5 % sont des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH),
- 35,3 % sont rapportés pour des personnes qui ont des relations hétérosexuelles non protégées, dont :
 - 22,3 % pour des personnes originaires de pays où le VIH est endémique, et
 - 13,0 % pour des résidents originaires du Canada ou d'autres pays non endémiques,
- 4,4 % des cas sont des usagers de drogues par injection (UDI);
- Les HARSAH/UDI représentent 2,5 % des cas.

Les hommes et particulièrement les HARSAH sont les plus touchés :

- Les hommes représentent 83,3 % des nouveaux diagnostics rapportés en 2015;
- Parmi 249 nouveaux diagnostics enregistrés chez les hommes, les trois quarts (75,5 %) sont des HARSAH (78,3 % en incluant les HARSAH/UDI);
- Les HARSAH représentent plus de la moitié (58,6 %) de l'ensemble des nouveaux diagnostics depuis 2002 (61,2 % si on inclut les HARSAH/UDI).

L'origine de pays où le VIH est endémique (OPE) domine chez les femmes. Parmi 50 nouveaux diagnostics enregistrés chez les femmes, 46,0 % sont dans cette catégorie d'exposition.

À noter que les cas originaires de pays endémiques représentent plus de la moitié des infections par des relations hétérosexuelles rapportées en 2015, soit 68,3 % des cas infectés par voie hétérosexuelle chez les femmes et 56,2 % des cas correspondants chez les hommes.

L'âge médian des nouveaux diagnostics est de 36 ans chez les hommes, et de 34 ans chez les femmes.

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

Chez les hommes, la majorité (63,9 %) des nouveaux diagnostics avait entre 25 et 49 ans, 24,5 % avaient 50 ans et plus et 11,7 % avaient moins de 25 ans.

Chez les femmes, 60 % des nouveaux diagnostics sont âgés de 25 à 49 ans, 20 % ont 50 ans et plus et une autre proportion de 20 % a moins de 25 ans.

Au Québec, le taux de nouveaux diagnostics est 3,6 pour 100 000 personnes en 2015 :

- La région de Montréal se démarque par un taux nettement supérieur à la moyenne provinciale, soit 8,8 pour 100 000 personnes;
- Le taux chez les hommes est de 6,0 pour 100 000. Il est cinq fois plus élevé que celui estimé à 1,2 pour 100 000 chez les femmes;
- Chez les hommes, le taux le plus élevé est observé dans le groupe âgé de 25 à 29 ans, soit 19,2 pour 100 000;
- Chez les femmes, le taux le plus élevé est rapporté pour le groupe d'âge de 30-34 ans, soit 11,7 pour 100 000.

La tendance globale des nouveaux diagnostics est à la baisse. La diminution du nombre des nouveaux diagnostics est plus importante chez les UDI, comparativement aux autres groupes de population à risque.

La proportion qui n'avait jamais eu de test de détection du virus auparavant est relativement élevée (> 60 %) parmi les nouveaux diagnostics rapportés pour les UDI et les immigrants de pays endémiques, comparativement aux HARSAH (31,4 %).

Elle est également plus élevée chez les personnes de 45 ans et plus (57 %), comparativement au groupe de 15-44 ans (37 %).

Le dépistage est encore tardif pour un nombre relativement élevé de cas. Parmi les nouveaux diagnostics enregistrés pour l'année 2015, 23,4 % avaient des taux de CD4 inférieurs à 200 par ml.

Transmission verticale et par des dons de sang

La transmission verticale reste marginale et rare au Québec. Deux nouveaux diagnostics ont été enregistrés en 2015 dans cette catégorie d'exposition pour un cas né au Canada et un immigrant. Les cas rapportés pour cette catégorie d'exposition depuis le début du programme sont essentiellement des immigrants infectés à la naissance dans leurs pays d'origine.

La transmission par des dons de sang, de greffes d'organes et de tissus semble contrôlée au Québec. Aucun nouveau diagnostic n'est attribué à cette catégorie d'exposition en 2015. Les cas rapportés pour cette catégorie d'exposition depuis 2002 sont généralement des anciens diagnostics d'infections par des dons de sang reçus avant l'implantation des mesures de sécurité des dons de sang en 1985.

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 détectés et déclarés; tandis qu'elles excluent les PVVIH diagnostiquées qui ne sont pas déclarées au programme et celles non dépistées qui ignorent qu'elles ont le VIH.

Les nouveaux diagnostics ne représentent pas seulement les cas incidents; ils comprennent des infections récentes (incidence) et des infections anciennes tardivement diagnostiquées.

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 ayant une charge virale indétectable parmi les cas sous traitements antirétroviraux.

Un projet de recherche visant à évaluer de nouvelles approches d'optimisation de la surveillance du VIH au Québec permettant la documentation de la cascade de

soins² aux personnes vivant avec le VIH vient de recevoir en juillet 2016 un avis favorable de la Commission d'accès à l'information du Québec.

Parallèlement à la réalisation de ce projet, des travaux sont en cours pour optimiser la surveillance du VIH pour rendre possible le suivi du continuum de soins relatifs au VIH au Québec.

En conclusion

Malgré ses limites, le programme permet de dresser un portrait de l'infection par le VIH au Québec et d'identifier des tendances.

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 d'immigrantes de pays où le virus est endémique.

Un risque relativement élevé persiste pour les personnes qui partagent du matériel de consommation de drogues et un nombre relativement élevé de cas continue d'être observé chez celles qui ont des relations hétérosexuelles non protégées.

² La cascade de soins est composée d'indicateurs qui représentent le parcours d'étapes séquentielles nécessaires pour atteindre les objectifs visés du contrôle de l'épidémie, soit le plus grand nombre possible d'individus infectés qui ont une charge virale indétectable. Ces indicateurs incluent le nombre estimé d'individus vivant avec le VIH, le diagnostic, l'arrimage et la rétention aux soins, le traitement et la suppression virologique.

1 Contexte et méthodologie

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 au Québec.

Ce rapport décrit les principales caractéristiques des cas d'infection par le VIH rapportés en 2015, ainsi que la tendance du nombre annuel de nouveaux diagnostics de cette maladie.

1.1 Modalité de collecte des données

Les laboratoires publics et privés effectuent les analyses pour détecter l'infection et transmettent au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), pour confirmation finale, tous les spécimens dont les résultats sont positifs, indéterminés ou non concluants.

Le LSPQ rapporte tout test confirmé positif au professionnel de santé qui l'a prescrit, ainsi qu'à une intervenante de santé publique (ISP) du programme de surveillance. L'ISP contacte ce professionnel pour obtenir les données épidémiologiques sur le cas.

La collecte des données épidémiologiques est réalisée une seule fois pendant l'évolution de l'infection chez une personne donnée. Elle se limite :

- aux caractéristiques sociodémographiques (date et pays de naissance, sexe, lieu de résidence et origine ethnoculturelle),
- aux dates du dernier test négatif ou du premier test positif s'il y a lieu,
- aux motifs de prescription du test positif rapporté à l'ISP,
- aux signes cliniques du VIH au moment de ce dépistage positif,
- aux comportements à risque pouvant expliquer l'infection, et
- depuis avril 2013, à la charge virale et au dénombrement des lymphocytes CD4.

La charge virale renseigne sur l'activité du VIH dans l'organisme de la personne infectée. Le taux de CD4 renseigne de l'état de santé du système immunitaire.

Ensemble, les deux tests permettent de surveiller la réponse de l'organisme à l'infection et au traitement contre le virus.

L'information rapportée pour l'origine ethnoculturelle traduit dans plusieurs cas une attribution plutôt géographique que vraiment ethnoculturelle. Les modalités de la définition d'une origine ethnoculturelle sont très complexes et sujettes à beaucoup de controverses. Les choix utilisés pour les besoins de la surveillance de l'infection par le VIH ont pris en considération plusieurs des préoccupations formulées par différents organismes et experts lors du processus de consultations ayant mené à l'implantation du programme dans sa forme actuelle. Loin d'être idéale, cette catégorisation, utilisée conjointement avec l'information sur le pays de naissance, devrait permettre de répondre aux besoins visant à mieux caractériser l'épidémie du VIH au Québec.

Selon les besoins identifiés lors de la collecte épidémiologique, l'ISP offre un soutien au professionnel de santé (renseignements généraux concernant la divulgation de la séropositivité au VIH, l'intervention auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires, les références pour la prise en charge médicale et les ressources professionnelles locales ou provinciales, etc.).

La procédure hiérarchisée de classification des cas adultes utilisée dans le cadre du programme prévoit neuf catégories d'exposition :

1. les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH),
2. les usagers de drogues injectables (UDI),
3. les individus à la fois HARSAH et UDI (H/U),
4. les cas originaires de pays endémiques (OPE) pour le VIH. Un pays endémique est un pays qui a un taux important d'infection par le VIH et où prédomine généralement la transmission hétérosexuelle du virus,
5. les personnes originaires du Canada ou d'autres pays non endémiques pour le VIH, qui ont des partenaires hétérosexuels à risque (PHR). Un partenaire hétérosexuel à risque est un partenaire séropositif, HARSAH, UDI, originaire d'un pays endémique, receveur de transfusion et/ou de facteurs de coagulation, etc.,

6. les cas hétérosexuels (CH) originaires du Canada ou d'autres pays non endémiques pour le VIH, qui ont des facteurs de risque autres que les catégories d'exposition précédentes (partenaires multiples, contacts avec des travailleurs ou des travailleuses du sexe, antécédents d'ITSS, séjour dans un pays endémique, etc.) ou pour lesquels le risque du partenaire sexuel n'est pas connu,
7. les receveurs de facteurs de coagulation,
8. les receveurs de transfusion sanguine, et
9. les cas sans facteur de risque identifié (SRI).

À ces catégories d'exposition hiérarchisées s'ajoute la transmission verticale (d'une mère à son enfant).

1.2 Procédure d'élimination des doublons

Avant avril 2012, un numéro d'assurance-maladie (NAM) était exigé pour enregistrer un cas au programme. Depuis avril 2012, les cas sans NAM sont enregistrés si les données épidémiologiques précisées au point 1.1 sont disponibles.

L'encryptage du NAM génère un code unique permettant de déterminer que le cas a déjà été enregistré ou qu'il doit faire l'objet d'une collecte épidémiologique. Une vérification des nom/prénom/date de naissance est effectuée par le système du LSPQ pour les cas sans NAM.

Cette procédure d'élimination des doublons qui est différente selon que la personne trouvée infectée par le VIH a un NAM ou non, n'élimine pas totalement les doublons dans ce dernier cas. Deux personnes ne peuvent avoir un même NAM au Québec. Par contre, elles peuvent partager les mêmes noms/prénoms/dates de naissance (faux doublons). D'autre part, une même personne peut avoir plusieurs tests sous des noms/prénoms/dates de naissance différents (vrais doublons), si elle a plusieurs prescriptions et qu'il y a des erreurs de transcription ou de saisie de ses identifiants d'une prescription à une autre.

Les informations épidémiologiques sont saisies de façon anonyme. Il est impossible de relier un cas donné à son enregistrement dans le fichier du programme. Aucun lien n'existe entre le fichier du LSPQ et le fichier du programme. Le code unique d'enregistrement d'un

cas dans le fichier du programme n'est pas inscrit au dossier du bénéficiaire correspondant dans le fichier du LSPQ et vice versa (code unique d'enregistrement d'un cas dans le fichier du LSPQ non inscrit au fichier du programme).

L'impossibilité de retracer un enregistrement d'un cas donné est une mesure adoptée lors de l'implantation du programme visant à garantir l'anonymat du fichier.

1.3 Analyses

Une première analyse a été réalisée pour décrire les caractéristiques sociodémographiques des cas, leurs charges virales et taux de lymphocytes CD4.

Des taux supérieurs à 500 cellules CD4 par ml sont généralement associés à un système immunitaire assez fort pour lutter contre la plupart des infections. Des taux entre 200 et 500 signalent un affaiblissement du système immunitaire et une plus grande vulnérabilité aux infections. Des taux inférieurs à 200 reflètent un système immunitaire très affaibli.

La charge virale correspond au nombre de copies de l'ARN du VIH par millilitre. C'est le facteur le plus important qui détermine si l'exposition au VIH donnera lieu à l'infection. Le risque de transmission du VIH d'un individu séropositif à son partenaire sexuel serait minime lorsque la charge virale est indétectable³. La charge virale indétectable correspond à un seuil inférieur à 40 copies/ml ou sous le seuil minimal de quantification des troussees en vigueur au Québec.

Des taux pour 100 000 personnes-années ont été calculés en utilisant comme numérateurs les nombres de nouveaux diagnostics d'infections par le VIH et comme dénominateurs les effectifs de population de l'Institut de la statistique du Québec. Il s'agit d'estimations intercensitaires de 1990 à 2006 ou de projections démographiques de 2006 à 2015 basées sur le recensement de l'année 2006 et mises à jour en janvier 2010.

Les analyses de tendance ont été testées par régression linéaire en utilisant la méthode des moindres carrés pondérée par la variance. La période 2006-2015

³ Loutfy MR, Wu W, Letchumanan M, et al. Systematic Review of HIV Transmission between Heterosexual Serodiscordant Couples where the HIV-Positive Partner Is Fully Suppressed on Antiretroviral Therapy. PLoS One 2013; 8(2):e55747.

(les dix dernières années) a été retenue pour ces analyses. Les cas sans NAM n'étant enregistrés que depuis avril 2012, la tendance a été testée sur les cas ayant un NAM, qui sont enregistrés depuis le début du programme.

2 Définition d'un nouveau et d'un ancien diagnostic

L'ISP initie la collecte des données lorsque le LSPQ lui rapporte un test confirmé positif. Ce test peut provenir d'une personne qui n'avait jamais été testée pour le VIH auparavant ou d'une personne qui l'avait déjà été une ou plusieurs fois. Dans ce dernier cas, les tests antérieurs s'étaient avérés positifs ou non.

La définition d'un nouveau diagnostic versus un ancien est basée sur l'historique des tests antérieurs.

2.1 Nouveau diagnostic

Un nouveau diagnostic est celui établi chez un individu qui n'avait jamais eu de test de détection du VIH auparavant ou chez qui tous les tests antérieurs étaient négatifs. L'infection vient d'être détectée pour la première fois chez cette personne, ce qui n'implique pas nécessairement qu'elle soit récente. Les nouveaux diagnostics peuvent représenter des infections récentes si le dépistage a été précoce ou des infections anciennes tardivement détectées.

2.2 Ancien diagnostic

Un ancien diagnostic est un cas ayant un test antérieur positif qui, pour différentes raisons, n'avait pas mené à son enregistrement au programme. Plusieurs contextes de dépistage positif ne mènent pas à l'enregistrement des cas, par exemple : les tests anonymes, les tests faits pour des études de recherche ou pour des dossiers de demande d'assurance, les tests faits avant le programme ou en dehors du Québec, les cas confirmés sans NAM avant avril 2012, les cas confirmés pour lequel les données épidémiologiques ne sont pas disponibles, etc.

2.3 Diagnostic non caractérisé comme étant ancien ou nouveau

Il arrive que l'historique des tests antérieurs soit inconnu par le professionnel de santé. Celui-ci n'est pas toujours le prescripteur des tests antérieurs et ne détient pas nécessairement des informations précises sur les dates et les résultats des tests de dépistage du VIH qu'il n'a pas prescrit à son patient.

La troisième catégorie de diagnostic concerne les cas pour lesquels les informations disponibles ne permettent pas de déterminer s'ils recevaient pour la première fois des résultats positifs à un dépistage du VIH ou s'ils avaient un test antérieur positif.

3 Nombre et proportion de tests confirmés positifs

Le LSPQ sollicite les laboratoires qui effectuent les tests de détection du VIH au Québec pour recueillir le nombre de tests qu'ils ont réalisés.

Les données proviennent de 28 des 46 laboratoires qui faisaient la sérologie du VIH en 2015. Les autres laboratoires ont un faible volume de détection du VIH.

Les vingt-huit laboratoires ont réalisé 344 353 tests de détection des anticorps contre le VIH en 2015.

Le LSPQ a confirmé la positivité au VIH de 1 384 sérums provenant de laboratoires hospitaliers et de laboratoires privés.

En chiffres absolus, le nombre de tests de dépistage du VIH a augmenté de 4,5 % en 2015, comparativement à 2014 (figure 1).

La proportion de tests confirmés positifs se maintient à moins de 1 % depuis le début du programme en avril 2002. Elle est de 0,40 % en 2015 (figure 1).

Le nombre de personnes ayant fourni les spécimens positifs n'est pas connu. Pour une année donnée, ces spécimens proviennent de cas rapportés au programme, d'un nombre inconnu d'individus qui étaient déjà enregistrés, et d'un nombre indéterminé de cas qui n'ont pu faire l'objet d'une collecte de données épidémiologiques et n'ont donc pas été enregistrés.

Tous les tests confirmés positifs au cours d'une année donnée ne mènent donc pas nécessairement à l'enregistrement des cas au programme de surveillance.

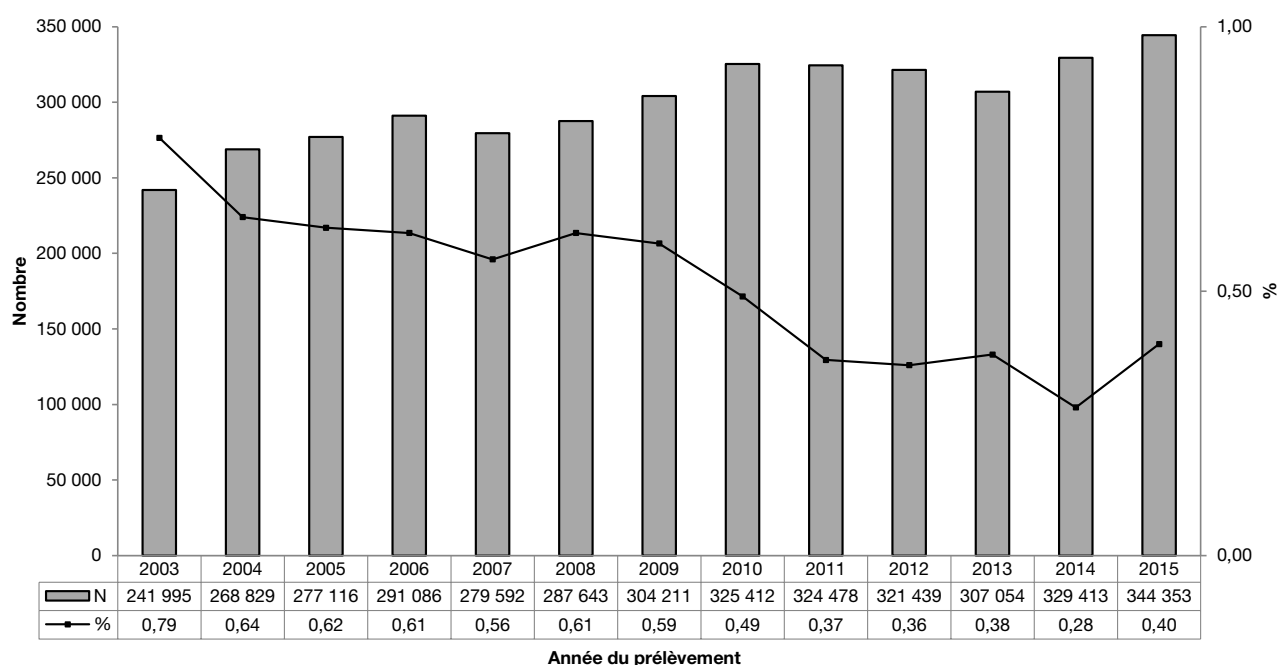
Concernant les 1 384 spécimens confirmés positifs en 2015 :

- 707 provenaient de cas qui étaient déjà enregistrés;
- 609 provenaient de cas enregistrés cette année;
- Deux tests étaient sous traitement par les ISP au moment de l'extraction des données pour ce rapport

(collecte épidémiologique en cours et non complétée);

- 66 provenaient de cas qui n'ont pu faire l'objet d'une collecte épidémiologique et n'ont donc pas été enregistrés (38 tests anonymes, 20 tests sans réponse du professionnel de santé contacté pour la collecte épidémiologique, 4 tests faits par erreur ou mauvaise interprétation de la prescription, et quatre autres dont 2 confirmés à la demande de Héma-Québec).

Figure 1 Nombre de tests de détection du VIH réalisés et proportion confirmée positive, selon l'année du prélèvement, 2003-2015



4 Caractéristiques des cas

4.1 Distribution selon le sexe

Le nombre de cas d'infection par le VIH rapportés pour l'année 2015 est de 609. Ces cas sont tous infectés par le VIH1. Les trois quarts (77,7 %) sont de sexe masculin (tableau 1).

Tableau 1 Nombre de cas selon le sexe, 2015

	Anciens diagnostics			Nouveaux diagnostics			Diagnostics non classés			total
	H	F	total	H	F	total	H	F	total	
Avec NAM	188	63	253 ^a	224	44	268	8	2	10	531
Sans NAM	28	19	47	25	6	31	0	0	0	78
Total	216	82	300 ^a	249	50	299	8	2	10	609

H = Hommes, F = Femmes, NAM = Numéro d'assurance-maladie

^a Le total des anciens diagnostics inclut deux cas transsexuels.

4.2 Âge au moment du diagnostic

L'âge médian des nouveaux diagnostics est de 36,0 ans et leur âge moyen est de 38,5 ans en 2015 (étendue de 4 à 84 ans).

Les femmes sont généralement plus jeunes que les hommes au moment du diagnostic (tableau 2).

Chez les hommes, la majorité (63,9 %) des nouveaux diagnostics avait entre 25 et 49 ans, 24,5 % avaient 50 ans et plus et 11,7 % avaient moins de 25 ans.

Chez les femmes, 60 % des nouveaux diagnostics sont âgés de 25 à 49 ans, 20 % ont 50 ans et plus et les 20 % restants ont moins de 25 ans.

Tableau 2 Moyenne et médiane d'âge en années des nouveaux diagnostics, 2006-2015

Année	Hommes			Femmes		
	Total des cas	Âge moyen	Âge médian	Total des cas	Âge moyen	Âge médian
2006	374	40,1	40,0	81	37,7	36,0
2007	280	41,3	41,5	56	39,0	38,0
2008	329	40,3	41,0	60	35,7	36,5
2009	256	41,3	41,0	51	39,5	38,0
2010	281	40,8	41,0	60	39,4	38,5
2011	281	39,9	38,0	40	40,0	40,0
2012	268	38,4	37,0	55	36,0	36,0
2013	299	39,1	37,0	63	37,2	35,0
2014	233	40,1	39,0	52	41,6	41,0
2015	249	38,9	36,0	50	36,8	34,0

4.3 Région de résidence

La majorité (60,9 %) des cas rapportés pour l'année 2015 résidait dans la région de Montréal; 11,2 % habitaient dans la région de la Montérégie et 5,9 % sont rapportés pour la région de la Capitale-Nationale.

Les autres régions comptaient moins de 5 % des cas chacune, incluant celles de la Gaspésie-les-de-la-Madeleine, des Terres-Cries-de-la-Baie-James, du Nord-du-Québec et du Nunavik qui ne rapportent pas de cas en 2015 (tableau 3).

Tableau 3 Région de résidence des cas, 2015

Région	Anciens diagnostics		Nouveaux diagnostics		Diagnos- tics non classés	Total	
	n	%	n	%	n	n	%
01	4	1,3	3	1,0	0	7	1,2
02	1	0,3	4	1,3	0	5	0,8
03	15	5,0	21	7,0	0	36	5,9
04	8	2,7	8	2,7	0	16	2,6
05	1	0,3	4	1,3	0	5	0,8
06	189	63,0	175	58,5	7	371	60,9
07	10	3,3	4	1,3	0	14	2,3
08	4	1,3	3	1,0	0	7	1,2
09	1	0,3	3	1,0	0	4	0,6
10	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0
11	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0
12	4	1,3	3	1,0	0	7	1,2
13	16	5,3	10	3,3	1	27	4,4
14	7	2,3	12	4,0	0	19	3,1
15	10	3,3	13	4,4	0	23	3,8
16	30	10,0	36	12,0	2	68	11,2
17	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0
18	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0
Total	300	100	299	100	10	609	100

01 : Bas-Saint-Laurent; 02 : Saguenay-Lac-Saint-Jean; 03 : Capitale-Nationale; 04 : Mauricie et Centre-du-Québec; 05 : Estrie; 06 : Montréal; 07 : Outaouais; 08 : Abitibi-Témiscamingue; 09 : Côte-Nord; 10 : Nord-du-Québec; 11 : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine; 12 : Chaudière-Appalaches; 13 : Laval; 14 : Lanaudière; 15 : Laurentides; 16 : Montérégie; 17 : Nunavik; 18 : Terres-Cries-de-la-Baie-James.

4.4 Taux des nouveaux diagnostics

Le taux de nouveaux diagnostics est de 3,6 pour 100 000 personnes au Québec en 2015.

Le taux chez les hommes est de 6,0 pour 100 000. Il est 5 fois plus élevé que celui estimé à 1,2 pour 100 000 chez les femmes en 2015.

Le taux le plus élevé est observé dans le groupe âgé de 25-29 ans chez les hommes et dans le groupe d'âge de 30-34 ans chez les femmes (figure 2 et tableau 4).

La région de Montréal se démarque par un taux nettement supérieur à la moyenne provinciale (tableau 5).

Figure 2 Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS pour 100 000 personnes, par sexe et groupe d'âge, 2015

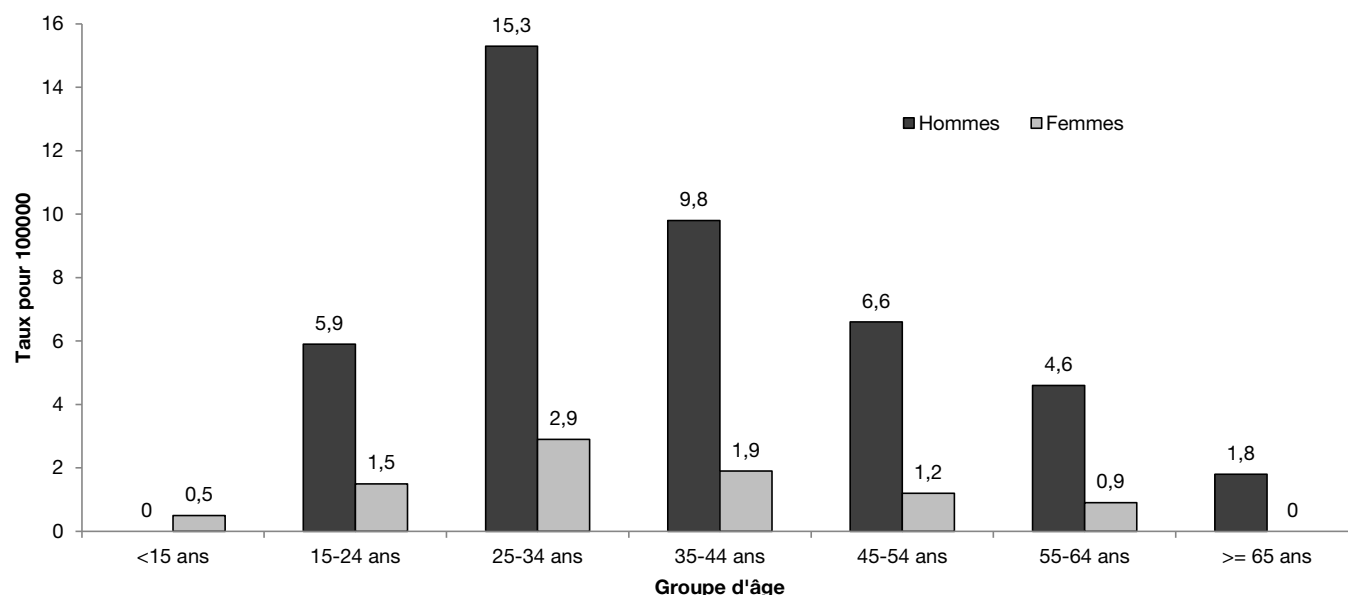


Tableau 4 Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par 100 000 personnes, par sexe et groupe d'âge, 2014-2015

Âge (ans)	Chez les hommes				Chez les femmes				Dans l'ensemble			
	2014		2015		2014		2015		2014		2015	
	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux
< 1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1-4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,3
5-9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	1	0,2
10-14	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,5	1	0,3	1	0,3
15-19	3	1,3	5	2,3	0	0,0	0	0,0	3	0,7	5	1,1
20-24	19	6,9	24	8,8	5	1,8	7	2,6	24	4,4	31	5,7
25-29	30	11,2	52	19,2	6	2,3	7	2,6	36	6,8	59	11,0
30-34	33	11,3	34	11,7	6	2,1	9	3,2	39	6,8	43	7,6
35-39	35	12,2	30	10,2	4	1,4	3	1,1	39	6,9	33	5,7
40-44	31	11,6	25	9,3	10	3,9	7	2,7	41	7,9	32	6,1
45-49	27	9,4	18	6,5	2	0,7	4	1,5	29	5,1	22	4,0
50-54	31	9,5	22	6,8	6	1,9	3	0,9	37	5,7	25	3,9
55-59	8	2,6	20	6,3	5	1,6	4	1,3	13	2,1	24	3,8
60-64	9	3,4	7	2,6	5	1,9	1	0,4	14	2,6	8	1,5
≥ 65	7	1,1	12	1,8	2	0,3	2	0,2	9	0,6	14	1,0
Total	233	5,7	249	6,0	52	1,3	50	1,2	285	3,5	299	3,6

Tableau 5 Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par 100 000 habitants, selon la région, 2011-2015

Région	2011		2012		2013		2014		2015	
	n	Taux	n	Taux	N	Taux	N	Taux	n	Taux
01	2	1,0	8	4,0	4	2,0	1	0,5	3	1,5
02	2	0,7	5	1,9	4	1,5	2	0,7	4	1,4
03	28	4,0	31	4,4	24	3,4	20	2,8	21	2,9
04	3	0,6	20	4,0	12	2,4	8	1,6	8	1,6
05	13	4,2	5	1,6	10	3,2	8	2,5	4	0,8
06	192	10,0	182	9,4	221	11,3	171	8,7	175	8,8
07	14	3,6	4	1,1	9	2,4	10	2,6	4	1,0
08	1	0,7	1	0,7	2	1,4	3	2,1	3	2,0
09	0	0,0	1	1,1	0	0,0	1	1,1	3	3,1
10	1	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
11	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12	2	0,5	3	0,7	7	1,7	7	1,7	3	0,7
13	17	4,2	11	2,7	15	3,6	12	2,9	10	2,3
14	10	2,1	7	1,4	7	1,4	5	1,0	12	2,4
15	8	1,4	9	1,6	10	1,7	5	0,9	13	2,2
16	27	1,9	36	2,4	37	2,5	31	2,1	36	2,6
17	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,2	0	0,0
18	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Province	321	4,0	323	4,0	362	4,5	285	3,5	299	3,6

01 : Bas-Saint-Laurent; 02 : Saguenay–Lac-Saint-Jean; 03 : Capitale-Nationale; 04 : Mauricie et Centre-du-Québec; 05 : Estrie; 06 : Montréal; 07 : Outaouais; 08 : Abitibi-Témiscamingue; 09 : Côte-Nord; 10 : Nord-du-Québec; 11 : Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine; 12 : Chaudière-Appalaches; 13 : Laval; 14 : Lanaudière; 15 : Laurentides; 16 : Montérégie; 17 : Nunavik; 18 : Terres-Cries-de-la-Baie-James.

4.5 Origines ethnoculturelles

Plus de la moitié des cas, soit 56,6 % si on inclut les autochtones du Canada, sont d'origine canadienne. Les autres cas sont d'origine ethnoculturelle étrangère et d'un peu partout dans le monde (tableau 6).

Plusieurs parmi ces derniers cas pourraient donc être des résidents permanents (immigrants reçus) ou des résidents non permanents infectés dans leurs pays d'origine (avant leur arrivée au Québec). Un résident permanent (immigrant reçu) est une personne ayant reçu des autorités de l'immigration le droit de résider au Canada en permanence. Un résident non permanent est une personne titulaire de permis d'étude ou de travail ou demandeur d'asile, qui a un lieu de résidence habituel au Canada, ou un membre de sa famille vivant avec elle.

La proportion des cas d'origines ethnoculturelles étrangères est beaucoup plus élevée parmi les cas de sexe féminin, comparativement aux cas rapportés pour la population masculine (tableau 6).

Chez les hommes, environ deux tiers (65,7 %) des cas si on inclut les autochtones du Canada, sont d'origine canadienne; le tiers restant déclare des origines ethnoculturelles non canadiennes.

À l'inverse chez les femmes, environ trois quarts (73,9 %) des cas sont d'origines ethnoculturelles étrangères et le quart restant sont des Canadiennes de souche (autochtones incluses).

Les cas d'origines ethnoculturelles de pays d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes dominent chez les femmes. Ils représentent 64,2 % des cas de sexe féminin.

Tableau 6 Origines ethnoculturelles des cas, selon le sexe, 2015

Origine ethnoculturelle	Hommes		Femmes		Trans	Total	
	n	%	n	%	n	n	%
Canadienne	301	65,0	34	25,4	0	335	55,9
Autochtone du Canada	3	0,6	1	0,8	0	4	0,7
États-Unis d'Amérique	4	0,9	0	0,0	0	4	0,7
Europe	29	6,3	5	3,7	0	34	5,7
Océanie	2	0,4	0	0,0	0	2	0,3
Caraïbes	36	7,8	26	19,4	0	62	10,4
Amérique du Centre et Sud	28	6,1	5	3,7	1	34	5,9
Asie	10	2,2	1	0,8	0	11	1,8
Afrique du Nord et MO	12	2,6	2	1,5	0	14	2,3
Afrique subsaharienne	38	8,2	60	44,8	1	99	16,5
Total ^a	463	100	134	100	2	599	100

Trans : Transsexuel, MO : Moyen-Orient.

^a Le total exclut dix cas d'origine ethnoculturelle non précisée.

4.6 Principales catégories d'exposition

L'épidémie du VIH reste concentrée dans des groupes de populations qui ont des comportements les exposant à un risque accru (tableaux 7 et 8).

Parmi les 609 cas rapportés pour l'année 2015 :

- 55,7 % sont des HARSAH;
- 35,3 % sont des personnes qui ont des relations hétérosexuelles non protégées, dont :
 - 22,3 % originaires de pays où le VIH est endémique (OPE), et
 - 13,0 % originaires du Canada ou d'autres pays non endémiques,
- les usagers de drogues injectables forment 4,4 % des cas;
- une proportion de 2,5 % est rapportée pour des HARSAH/UDI;
- six anciens diagnostics d'infection par des dons sanguins reçus avant 1985 sont rapportés pour des

personnes nées au Canada, qui avaient plus de 40 ans;

- cinq immigrants infectés à la naissance dans leurs pays d'origine et un Canadien de souche également infecté à sa naissance au Canada au début des années 1990 ont été enregistrés.

La catégorie d'exposition des HARSAH domine chez les hommes (figure 3) :

- Parmi 249 nouveaux diagnostics enregistrés en 2015 pour la population masculine, les trois quarts sont des HARSAH (tableau 7).

Chez les femmes, la catégorie d'exposition dominante est l'origine d'un pays endémique pour le VIH (figure 4) :

- Parmi 50 nouveaux diagnostics rapportés pour la population féminine, 46,0 % sont attribués à cette catégorie d'exposition (tableau 7).

Les cas originaires de pays où le VIH est endémique représentent plus de la moitié des 215 cas d'infections par transmission hétérosexuelle enregistrés en 2015, soit 68,3 % des 126 cas d'infections par voie hétérosexuelle rapportés pour les femmes et 56,2 % des 89 cas correspondants chez les hommes (tableau 7).

Tableau 7 Principales catégories d'exposition, 2015

Catégorie d'exposition	Nouveaux diagnostics						Anciens diagnostics		DNC	Total						
	Hommes		Femmes		Sous total					Hommes		Femmes		Trans	Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n	n	%
HARSAH	188	75,5	-	-	188	62,9	147	49,0	4	337	71,3	-	-	2	339	55,7
HARSAH/UDI	7	2,8	-	-	7	2,3	7	2,3	1	15	3,2	-	-	0	15	2,5
UDI	6	2,4	2	4,0	8	2,7	19	6,3	0	22	4,7	5	3,7	0	27	4,4
OPE	23	9,2	23	46,0	46	15,4	90	30,0	0	50	10,6	86	64,2	0	136	22,3
PHR	7	2,8	20	40,0	27	9,0	8	2,7	3	10	1,1	28	20,9	0	38	6,2
CH	17	6,8	3	6,0	20	6,7	19	6,3	2	29	6,1	12	9,0	0	41	6,7
DS/FC	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	2,0	0	1	0,2	0	0,0	0	6	1,0
SRI	0	0,0	1	2,0	1	0,3	0	0,0	0	0	0,0	1	0,7	0	1	0,2
TME	1	0,4	1	2,0	2	0,7	4	1,3	0	4	0,9	2	1,5	0	6	1,0
Total	249	100	50	100	299	100	300	100	10	473	100	134	100	2	609	100

DNC : Diagnostic non classé; Trans : Transsexuel; HARSAH : Homme qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes; UDI : Usager de drogues injectables; OPE : Origine d'un pays endémique; PHR : Partenaire hétérosexuel à risque; CH : Cas hétérosexuel avec d'autres facteurs de risque; DS/FC : Don de sang et/ou facteur de coagulation; SRI : Sans risque identifié; TME : Transmission de la mère à son enfant.

Tableau 8 Distribution des cas selon l'origine ethnoculturelle et la catégorie d'exposition, 2015

Origine ethnoculturelle	HARSAH		H/U	UDI		Transmission hétérosexuelle					DS	TME	SRI	Total
						OPE	PHR	CH	total					
	n	%	N	n	%	n	n	n	n	%	n	n	n	n
Canadienne	238	71,0	13	23	6,9	-	30	23	53	15,8	6	2	0	335
Autochtone	1	25,0	0	0	0,0	-	2	1	3	75,5	0	0	0	4
Américaine	3	75,0	0	1	25,0	-	0	0	0	0,0	0	0	0	4
Europe	20	58,8	1	1	2,9	-	3	9	12	35,3	0	0	0	34
Océanie	2	100	0	0	0,0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	2
Caraïbes	10	16,1	0	1	1,6	47	0	1	48	77,4	0	2	1	62
Amérique latine	27	79,4	0	1	2,9	0	1	4	5	14,7	0	1	0	34
Asie	9	81,8	0	0	0,0	0	1	1	2	18,2	0	0	0	11
Afriq Nord / MO	11	78,6	0	0	0,0	1	1	1	3	21,4	0	0	0	14
Afrique subsah	10	10,1	0	0	0,0	88	0	0	88	88,9	0	1	0	99
Total ^a	331	55,3	14	27	4,5	136	38	40	214	35,7	6	6	1	599

Afriq Nord/MO : Afrique du Nord et Moyen-Orient; Afriq subsah : Afrique subsaharienne; H/U : cas à la fois HARSAH et UDI, Voir les autres sigles des catégories d'exposition au tableau 7.

^a Le total exclut dix cas d'origine non précisée.

Figure 3 Nombre de NOUVEAUX DIAGNOSTICS chez les HOMMES⁴, selon la catégorie d'exposition et l'année du prélèvement, 2006-2015

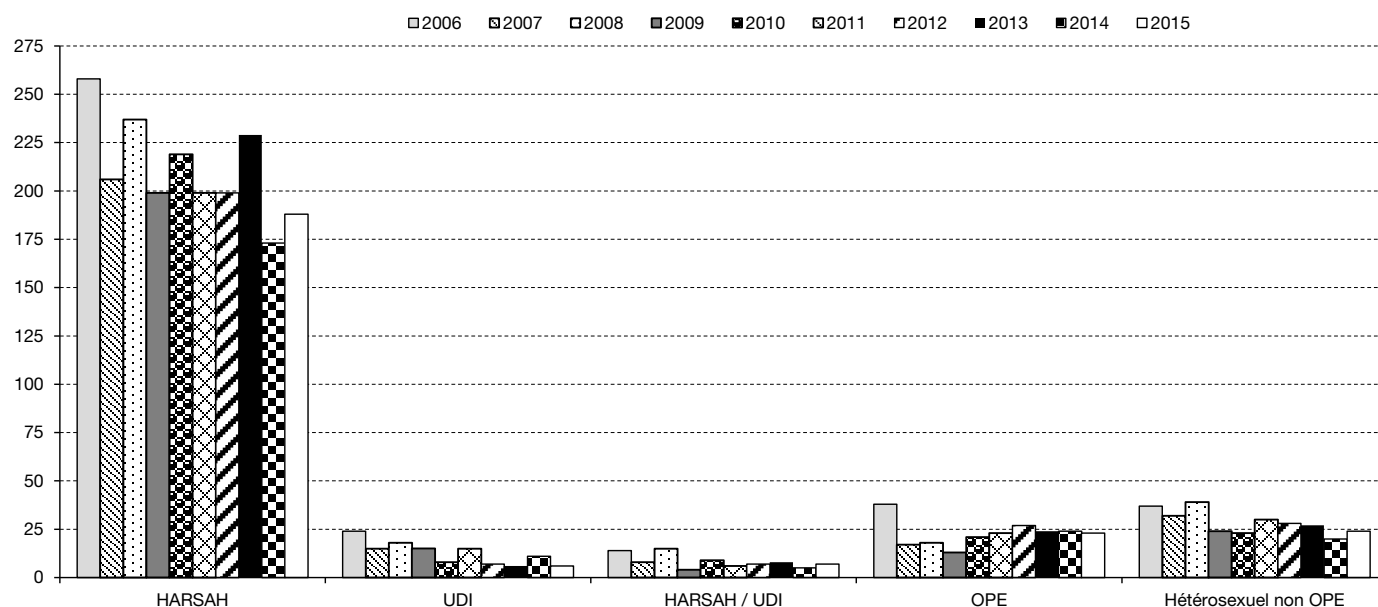
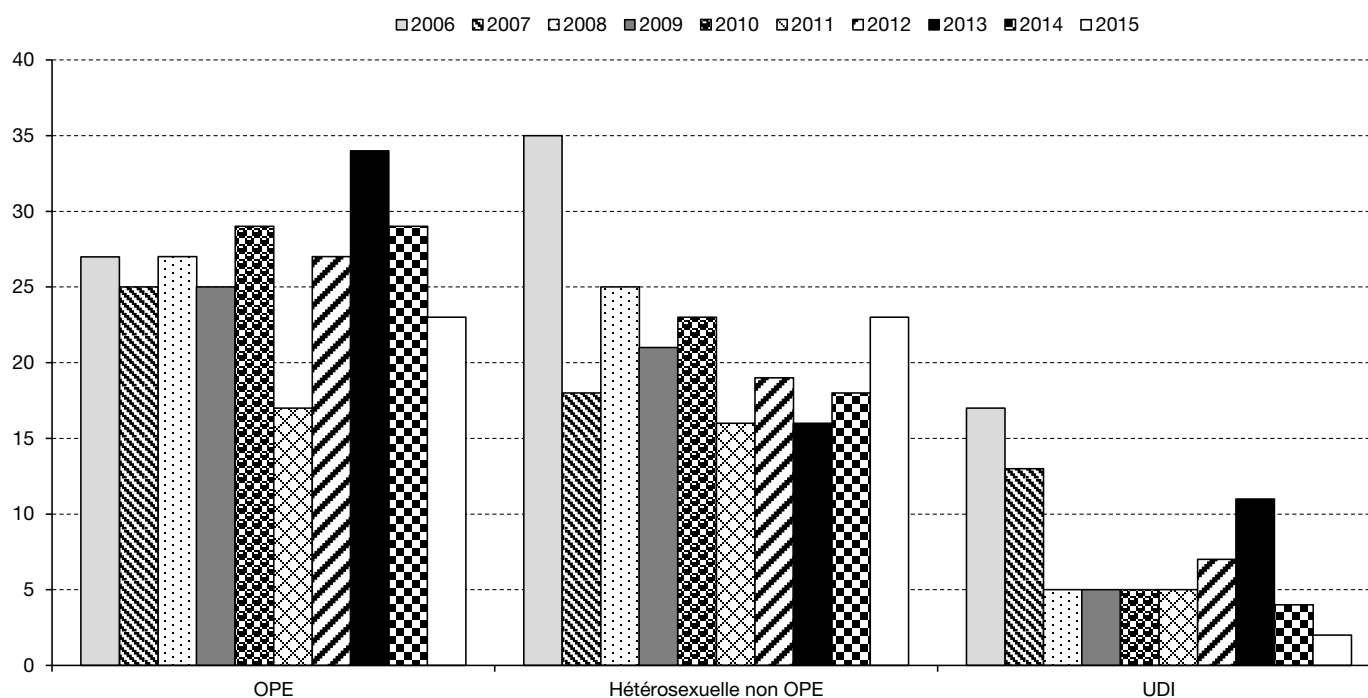


Figure 4 Nombre de NOUVEAUX DIAGNOSTICS chez les FEMMES⁵, selon la catégorie d'exposition et l'année du prélèvement, 2006-2015



⁴ Ce nombre inclut les cas sans NAM enregistrés depuis 2012.

⁵ Ce nombre inclut les cas sans NAM enregistrés depuis 2012.

4.7 Les cas sans NAM

Les cas sans NAM sont majoritairement d'origines ethnoculturelles étrangères.

Parmi les 78 cas sans NAM enregistrés pour l'année 2015, seuls 8 sont d'origine canadienne. Les autres sont d'origines ethnoculturelles étrangères (d'Afrique subsaharienne : 31,8 %, des Caraïbes : 26,9 %, d'Amérique centrale et du Sud : 18,0 %, des États-Unis d'Amérique, d'Asie ou d'Europe : 3,8 % pour chacune de ces trois régions).

La distribution des cas sans NAM dans les catégories d'exposition se présente comme suit :

- 57,7 % ont été infectés par transmission hétérosexuelle, essentiellement des résidents originaires de pays où le VIH est endémique (51,3 %) et une faible proportion (6,4 %) formée par des résidents originaires du Canada ou d'autres pays non endémiques pour le VIH;
- 33,3 % sont des HARSAH;
- 7,7 % sont des usagers de drogues injectables;
- un cas est à la fois HARSAH et UDI.

4.8 Taux de CD4 et charge virale

Parmi 584 cas avec un taux de CD4, 42,1 % avaient 500 cellules CD4 ou plus par ml, 39,4 % avaient entre 200 à 499 et 18,5 % en avaient moins de 200 par ml.

Parmi les anciens diagnostics, la moitié (50,4 %) avait un taux de CD4 \geq 500/ml; un tiers (36,1 %) avait entre 200 à 499 cellules CD4 par ml et 13,5 % en avaient moins de 200 par ml.

Pour les nouveaux diagnostics, un tiers (34,3 %) avait un taux de CD4 \geq 500 /ml, 42,3 % avaient entre 200 à 499 cellules CD4 par ml et 23,4 % en avaient moins de 200 par ml.

La charge virale était disponible pour 589 cas. Parmi ceux-ci, 38,0 % étaient indétectables au seuil de 40 copies de l'ARN du VIH par ml. Environ trois quarts (74,0 %) des anciens diagnostics étaient indétectables. On observe par ailleurs que 2,4 % des nouveaux diagnostics avait une charge virale non détectable.

Ces mesures de taux de CD4 et de charge virale variaient en fonction du sexe, du groupe d'âge, de la catégorie d'exposition et de l'identité ethnoculturelle (tableaux 9 et 10).

Tableau 9 Taux de CD4 selon le sexe, le groupe d'âge et la catégorie d'exposition, 2015

	Anciens diagnostics				Nouveaux diagnostics				Ensemble des cas				
	cas ^a	Cellules CD4/ml			cas ^a	Cellules CD4/ml			cas ^a	Cellules CD4/ml			
		< 200	200 à 499	> 500		< 200	200 à 499	> 500		< 200	200 à 499	> 500	
		n	%	%		%	n	%		%	%	n	%
Sexe													
Hommes	204	11,8	34,3	53,9	238	23,1	42,0	34,9	450	18,0	38,7	43,3	
Femmes	82	18,3	40,2	41,5	48	25,0	43,8	31,3	132	20,5	41,7	37,9	
Transsexuel	2	0,0	50,0	50,0	0	-	-	-	2	0,0	50,0	50,0	
Âge													
< 15	1	0,0	0,0	100,0	3	33,3	33,3	33,3	4	25,0	25,0	50,0	
15-24	9	22,2	66,7	11,1	35	8,6	48,6	42,9	47	10,6	53,2	36,2	
25-34	42	7,1	38,1	54,8	97	17,5	43,3	39,2	140	14,3	41,4	44,3	
35-44	41	17,1	46,3	36,6	62	22,6	45,2	32,3	105	20,0	46,7	33,3	
45-54	83	18,1	28,9	53,1	44	27,3	36,4	36,4	129	21,7	31,0	47,3	
54-64	77	9,1	36,4	54,6	31	41,9	41,9	16,1	110	19,1	38,2	42,7	
≥ 65	35	14,3	31,4	54,3	14	50,0	28,6	21,4	49	24,5	30,6	44,9	
Exposition													
HARSAH	140	7,1	33,6	59,3	182	16,5	45,6	37,9	326	12,3	40,5	47,2	
HARSAH/UDI	7	0,0	28,8	71,4	7	0,0	28,6	71,4	15	0,0	33,3	66,7	
UDI	18	33,3	33,3	33,3	8	50,0	0,0	50,0	26	38,5	23,1	38,5	
OPE	86	16,3	43,0	40,7	39	38,5	43,6	18,0	125	23,2	43,2	33,6	
Hétérosexuels non OPE	27	25,9	25,9	48,2	47	34,0	40,4	25,5	79	31,7	35,4	32,9	
Autre	10	20,0	50,0	30,0	3	66,7	0,0	33,3	13	30,8	38,5	30,8	
Origine													
Canadienne	143	12,6	31,5	55,9	178	24,2	39,4	36,0	328	18,6	36,9	44,5	
Autochtone	1	100,0	0,0	0,0	3	33,3	66,7	0,0	4	50,0	50,0	0,0	
Américaine	3	33,3	0,0	66,7	0	-	-	-	3	33,3	0,0	66,7	
Europe	16	12,5	25,0	62,5	16	6,3	56,3	37,5	33	12,1	39,4	48,5	
Océanie	1	0,0	0,0	100,0	1	0,0	100,0	0,0	2	0,0	50,0	50,0	
Caraïbes	32	9,4	46,9	43,8	23	43,5	39,1	17,4	55	23,6	43,6	32,7	
Amérique centrale et Sud	20	10,0	55,0	35,0	9	11,1	33,3	55,6	31	12,9	45,2	41,9	
Asie	3	0,0	66,7	33,3	8	12,5	62,5	25,0	11	9,1	63,6	27,3	
Afrique du Nord et Moyen-Orient	3	0,0	0,0	100,0	11	0,0	54,6	45,5	14	0,0	42,9	57,1	
Afrique subsaharienne	62	19,4	43,6	37,1	32	31,3	40,6	28,1	94	23,4	42,6	34,0	
Total	288	13,5	36,1	50,4	286	23,4	42,3	34,3	584	18,5	39,4	42,1	

^a Nombre de cas avec les données du taux de CD4.

Tableau 10 Charge virale selon le sexe, le groupe d'âge et la catégorie d'exposition, 2015

	Anciens diagnostics				Nouveaux diagnostics				Ensemble des cas			
	cas ^a	Copies de l'ARN/ml			cas ^a	Copies de l'ARN/ml			cas ^a	Copies de l'ARN/ml		
		< 40	40 à 200	> 200		< 40	40 à 200	> 200		< 40	40 à 200	> 200
	n	%	%	%	n	%	%	%	n	%	%	%
Sexe												
Hommes	209	79,4	4,5	15,8	239	1,7	2,5	95,8	456	37,5	3,5	59,0
Femmes	81	59,3	7,4	33,3	48	6,3	6,3	87,5	131	38,9	6,9	54,2
Transsexuel	2	100,0	0,0	0,0	0	-	-	-	2	100,0	0,0	0,0
Âge												
< 15	1	0,0	0,0	100,0	3	0,0	0,0	100,0	4	0,0	0,0	100,0
15-24	8	25,0	37,5	37,5	35	2,9	2,9	94,3	46	6,5	8,7	84,8
25-34	43	51,2	7,0	41,9	97	3,1	6,2	90,7	141	17,7	6,4	75,9
35-44	43	62,8	2,3	34,9	62	3,2	1,6	95,2	107	27,1	1,9	71,0
45-54	86	81,4	4,7	14,0	45	2,2	0,0	97,8	133	53,4	3,0	43,6
54-64	76	85,5	5,3	9,2	31	0,0	3,2	96,8	109	60,6	4,6	34,9
≥ 65	35	85,7	2,3	11,4	14	0,0	0,0	100,0	49	61,2	2,0	36,7
Exposition												
HARSAH	143	84,6	4,9	10,5	182	1,7	2,8	95,6	329	37,7	3,7	58,7
HARSAH/UDI	7	71,4	0,0	28,6	7	0,0	0,0	100,0	15	33,3	0,0	66,7
UDI	18	55,6	11,1	33,3	8	0,0	0,0	100,0	26	38,5	7,7	53,9
OPE	87	59,8	5,8	34,5	40	5,0	7,5	87,5	127	42,5	6,3	51,2
Hétérosexuels non OPE	27	74,1	3,7	22,2	47	4,3	2,2	93,6	79	29,1	2,5	68,4
Autre	10	80,0	10,0	10,0	3	0,0	0,0	100,0	13	61,5	7,7	30,8
Origine												
Canadienne	145	82,1	4,8	13,1	178	0,6	2,3	97,2	330	36,4	3,3	60,3
Autochtone	1	0,0	0,0	100,0	3	0,0	0,0	100,0	4	0,0	0,0	100,0
Américaine	3	66,7	0,0	33,3	0	-	-	-	3	66,7	0,0	33,3
Europe	16	81,3	0,0	18,8	16	6,3	0,0	93,8	33	42,4	0,0	57,6
Océanie	1	100,0	0,0	0,0	1	0,0	0,0	100,0	2	50,0	0,0	50,0
Caraïbes	33	69,7	6,1	24,2	23	0,0	4,4	95,7	56	41,1	5,4	53,6
Amérique centrale et Sud	20	75,0	15,0	10,0	9	0,0	0,0	100,0	31	51,6	9,7	38,7
Asie	3	66,7	0,0	33,3	8	12,5	0,0	87,5	11	27,3	0,0	72,7
Afrique du Nord et Moyen-Orient	3	100,0	0,0	0,0	11	9,1	9,1	81,8	14	28,6	7,1	64,3
Afrique subsaharienne	62	54,8	6,5	38,7	33	9,1	9,1	81,8	95	39,0	7,4	53,7
Total												
	292	74,0	5,5	20,6	287	2,4	3,1	94,4	589	38,0	4,2	57,7

^a Nombre de cas avec les données de la charge virale.

4.9 Comportement de dépistage

La proportion des nouveaux diagnostics qui n'avait jamais eu de dépistage du VIH auparavant est de 43,8 %. Elle est plus élevée dans les groupes de population âgée de 45 ans et plus (tableau 11).

Un dépistage est recommandé au moins une fois par année pour les groupes de populations qui ont des comportements à risque, par exemple les HARSAH, les UDI et les immigrants de pays endémiques⁶.

Parmi 188 nouveaux diagnostics rapportés en 2015 pour les HARSAH, 31,4 % n'avaient jamais eu de dépistage du VIH auparavant. Parmi les 129 ayant un test antérieur négatif, 5 ignoraient la date du test. Pour un peu plus de la moitié (54,0 %) des 124 qui ont précisé cette date, le dernier dépistage négatif datait de plus d'un an.

La proportion qui n'avait jamais eu de dépistage du VIH auparavant est beaucoup plus élevée chez les immigrants de pays endémiques (tableau 11). Parmi 46 nouveaux diagnostics rapportés pour cette catégorie d'exposition, 37 n'avaient pas d'antécédents de dépistage du VIH, 6 mentionnaient un test antérieur négatif datant de plus d'un an; seuls 3 cas avaient un test antérieur négatif datant de moins d'un an.

Concernant les UDI, cinq sur huit nouveaux diagnostics enregistrés pour ce groupe de population n'avaient jamais eu de dépistage du VIH auparavant.

Tableau 11 Nombre de nouveaux diagnostics selon qu'ils avaient un test antérieur négatif ou non, 2015

	N cas	Jamais testé auparavant	Denier test négatif		
			non daté	< 12 mois	≥ 12 mois
	n	%	%	%	%
Exposition					
HARSAH	188	31,4	2,7	30,3	35,6
HARSAH/UDI	7	28,6	0,0	28,6	42,9
UDI	8	62,5	0,0	12,5	25,0
OPE	46	80,4	0,0	6,5	13,0
Hétérosexuel	47	55,3	0,0	12,8	31,9
Autre	3	66,7	0,0	33,3	0,0
Âge					
< 15	3	66,7	0,0	33,3	0,0
15-24	36	41,7	5,6	33,3	19,4
25-34	102	31,4	1,0	32,4	35,3
35-44	65	44,6	1,5	21,5	32,3
45-54	47	48,9	0,0	14,9	36,2
≥ 55	46	65,2	2,2	6,5	26,1
Sexe					
Hommes	249	41,4	2,0	24,5	32,1
Femmes	50	56,0	0,0	18,0	26,0
Total	299	43,8	1,7	23,4	31,1

4.10 Tendance des nouveaux diagnostics

La moyenne annuelle de nouveaux diagnostics diminue de 13,1 % en passant de 366 pour la période 2006-2010 à 318 cas pour la période 2011-2015 (figure 5).

Dans les mêmes périodes, elle diminue de 304 à 266 cas (variation de 12,5 %) chez les hommes et de 62 à 52 cas chez les femmes (variation de 16,1 %, figures 6 et 7).

La diminution de la moyenne annuelle serait plus importante si on l'évaluait en excluant les cas sans NAM. Pour la période 2011-2015, la moyenne excluant ces cas est de 292 (248 chez les hommes et 44 chez les femmes).

⁶ Fleury E, Laberge C, Roy S, Venne S. Guide québécois de dépistage: infections transmissibles sexuellement et par le sang. Ministère de la Santé et des Services sociaux; Gouvernement du Québec, juin 2014.

Ces tendances ne sont pas homogènes d'un groupe d'âge à un autre (figure 8) :

- Les hommes de 15-24 ans affichaient des taux de nouveaux diagnostics inférieurs à 5 par 100 000 personnes jusqu'en 2010 (figure 9). Pour ce groupe de population, le taux a augmenté entre 2011 et 2013, pour revenir en 2014 à un niveau relativement comparable à celui de 2010. Il est de 5,9 nouveaux diagnostics par 100 000 personnes en 2015.
- Les taux de nouveaux diagnostics sont les plus élevés et se situent entre 11,3 et 17,4 par 100 000 personnes chez les hommes de 25-34 ans depuis 2008 (figure 10);
- La tendance des nouveaux diagnostics est à la baisse dans le groupe de 35-44 ans depuis 2006 et celui de 45-54 ans depuis 2008 (figures 11-12);
- Les taux de nouveaux diagnostics restent relativement faibles et inférieurs à 5 cas par 100 000 personnes dans le groupe de 55 ans et plus (figure 13).

La tendance des nouveaux diagnostics est à la baisse pour toutes les catégories d'exposition (figure 14).

La diminution la plus importante du nombre de nouveaux diagnostics est observée chez les UDI :

- La proportion des UDI parmi les nouveaux diagnostics varie de 9,0 % en 2006 à 2,7 % en 2015 (figure 15). Les proportions incluant les HARSAH/UDI sont de 12,1 % et 5,0 %;
- La moyenne de nouveaux diagnostics chez les femmes UDI était de 9 cas en 2006-2010 et est de 6 cas par an en 2011-2015 (diminution de 33,3 %) (figure 16). Les moyennes correspondantes pour les hommes UDI ou HARSAH/UDI sont de 26 et 16 cas par an (diminution de 38,5 %);

- Le nombre annuel de nouveaux diagnostics diminue dans tous les groupes d'âge chez les UDI. La diminution est statistiquement significative ($p < 0,05$) chez les UDI de 20-49 ans.

Pour les HARSAH qui sont majoritaires parmi les nouveaux diagnostics (figure 15) :

- Chez les HARSAH de 15 à 24 ans, le nombre de nouveaux diagnostics qui avait augmenté en 2012 et en 2013, revient à un niveau comparable à celui de 2011 (figure 17);
- La tendance à la baisse des nouveaux diagnostics s'observe surtout chez les HARSAH de 35 à 44 ans ($p < 0,01$). Pour ceux-ci, la moyenne annuelle de nouveaux diagnostics diminue de 40,3 %, passant de 72 entre 2006 et 2010 à 43 cas dans la période 2011-2015;
- Pour les autres groupes d'âge, on observe une tendance à la hausse, non statistiquement significative chez les HARSAH de 25-34 ans et pour les 55 ans et plus, ainsi qu'une tendance à la baisse, également non statistiquement significative, pour ceux de 45-54 ans.

Concernant les cas originaires de pays endémiques pour le VIH, le nombre annuel de nouveaux diagnostics varie entre 13 et 38 chez les hommes et entre 17 et 46 chez les femmes (figure 18).

Pour les cas hétérosexuel originaires du Canada ou d'autres pays non endémiques, ce nombre se situe entre 20 et 39 chez les hommes et entre 16 et 35 chez les femmes (figure 19).

Figure 5 Nombre de NOUVEAUX et d'ANCIENS DIAGNOSTICS⁷ selon l'année du prélèvement, 2003-2015

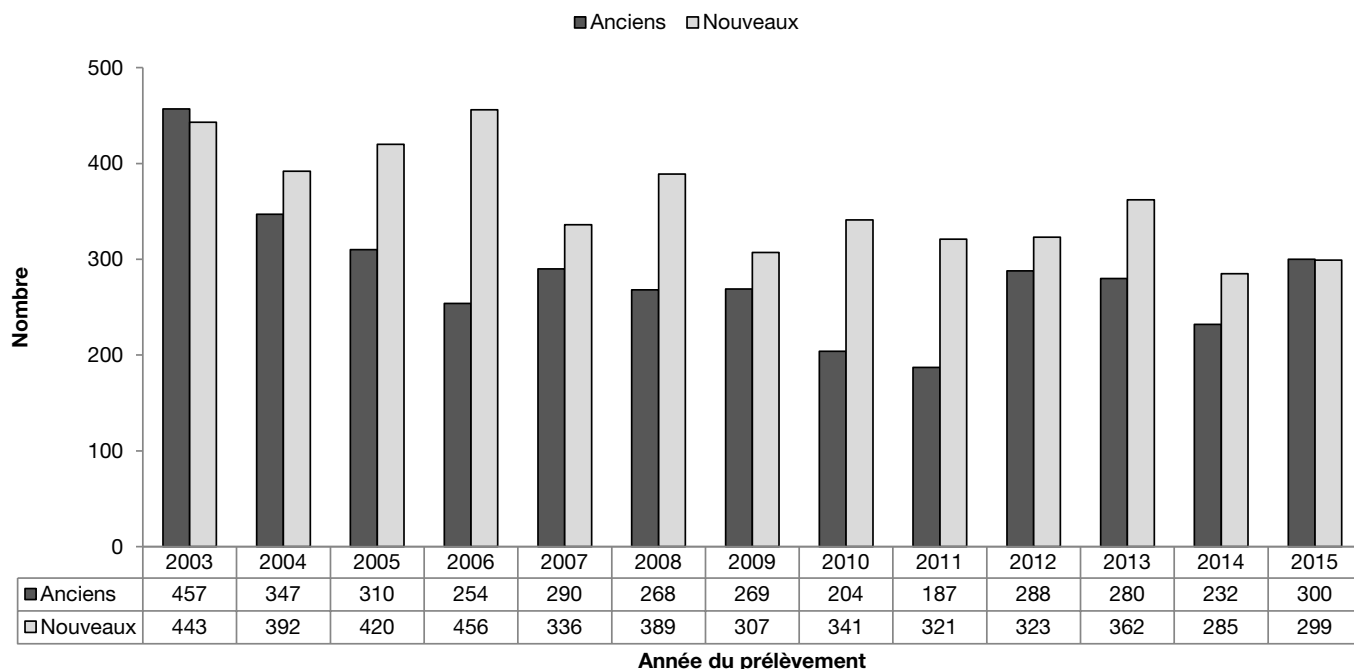
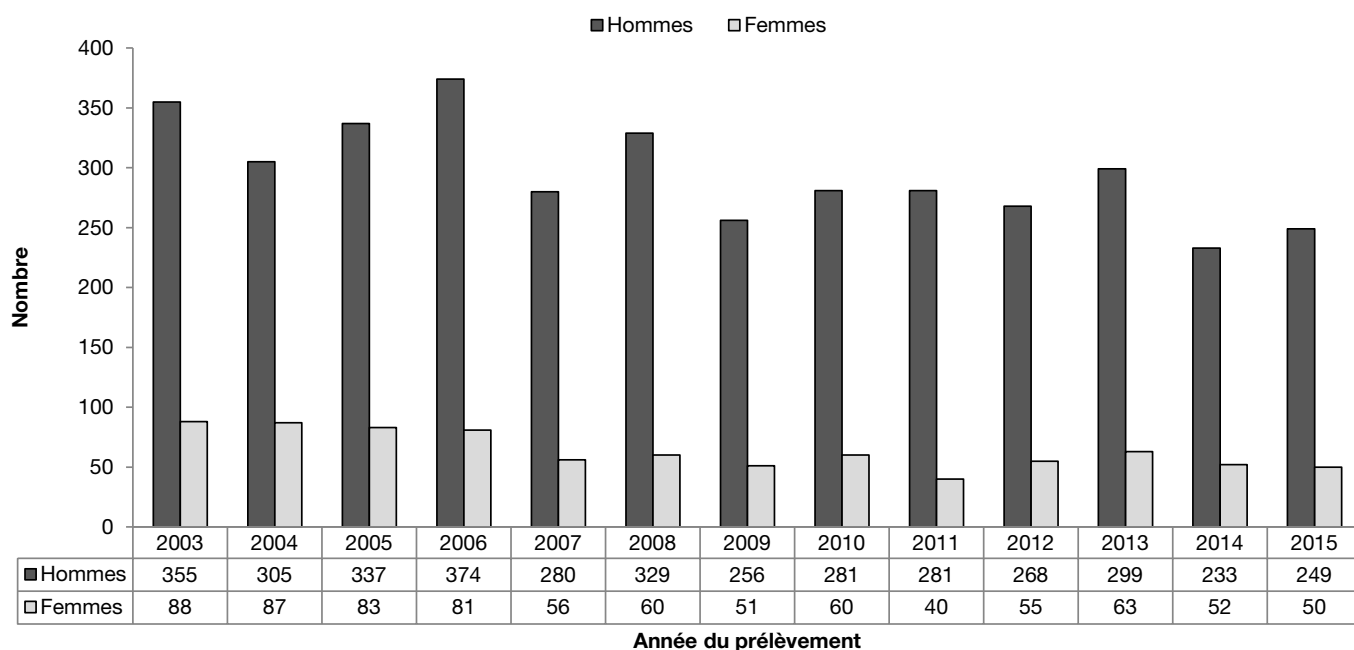


Figure 6 Nombre de NOUVEAUX DIAGNOSTICS⁸ selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015



⁷ Ce nombre inclut les cas sans NAM enregistrés depuis avril 2012.

⁸ Ce nombre inclut les cas sans NAM enregistrés depuis avril 2012.

Figure 7 Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par 100 000 personnes⁹, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015

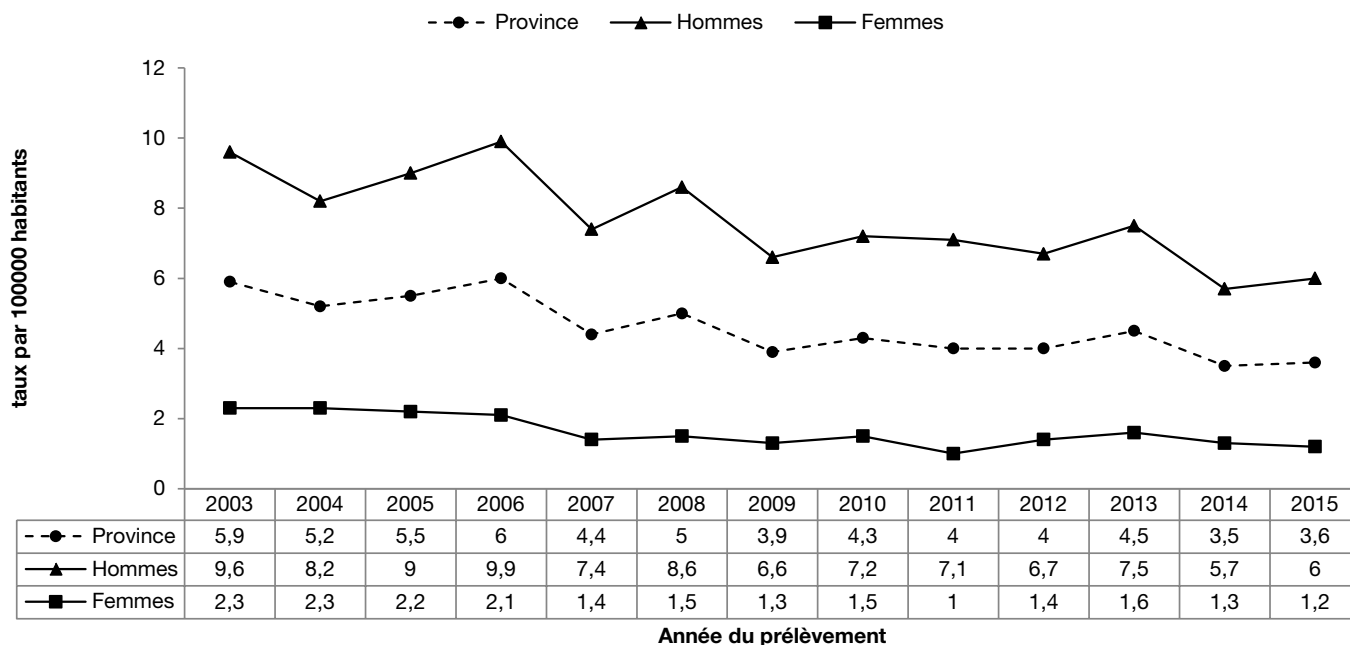
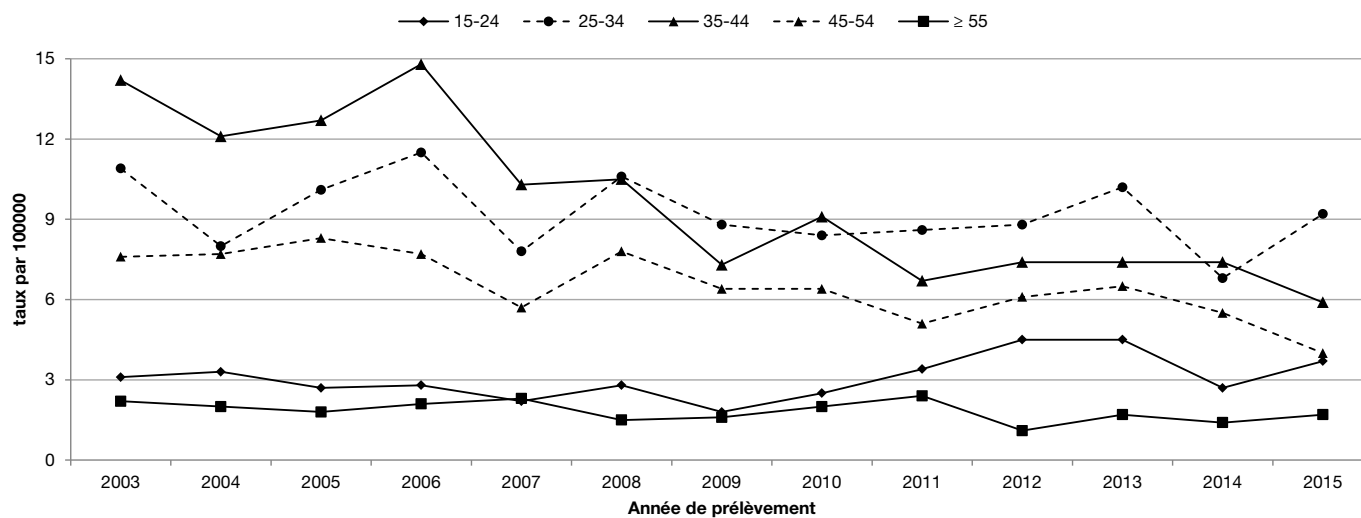


Figure 8 Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS pour 100000 personnes¹⁰ selon le groupe d'âge et l'année du prélèvement, 2003-2015



⁹ Ce taux inclut les cas sans NAM enregistrés depuis avril 2012.

¹⁰ Ce taux inclut les cas sans NAM enregistrés depuis avril 2012.

Figure 9 Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS¹¹ par 100 000 personnes de 15 à 24 ans, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015

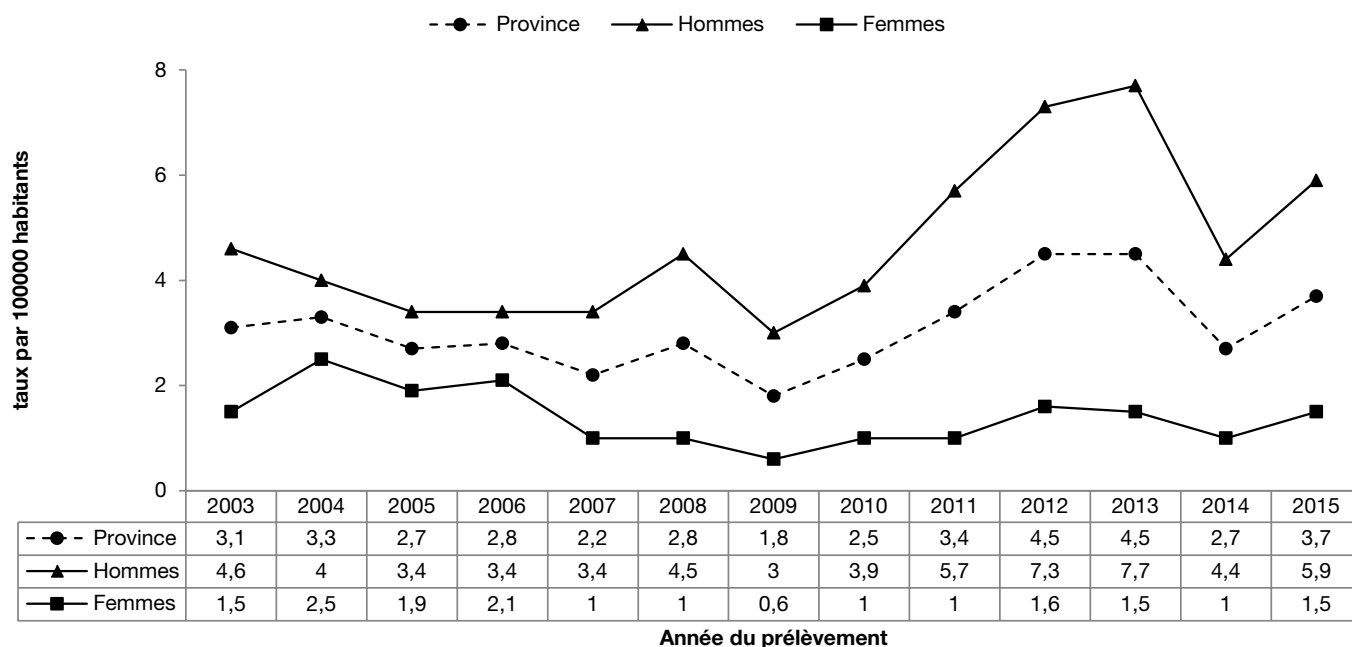
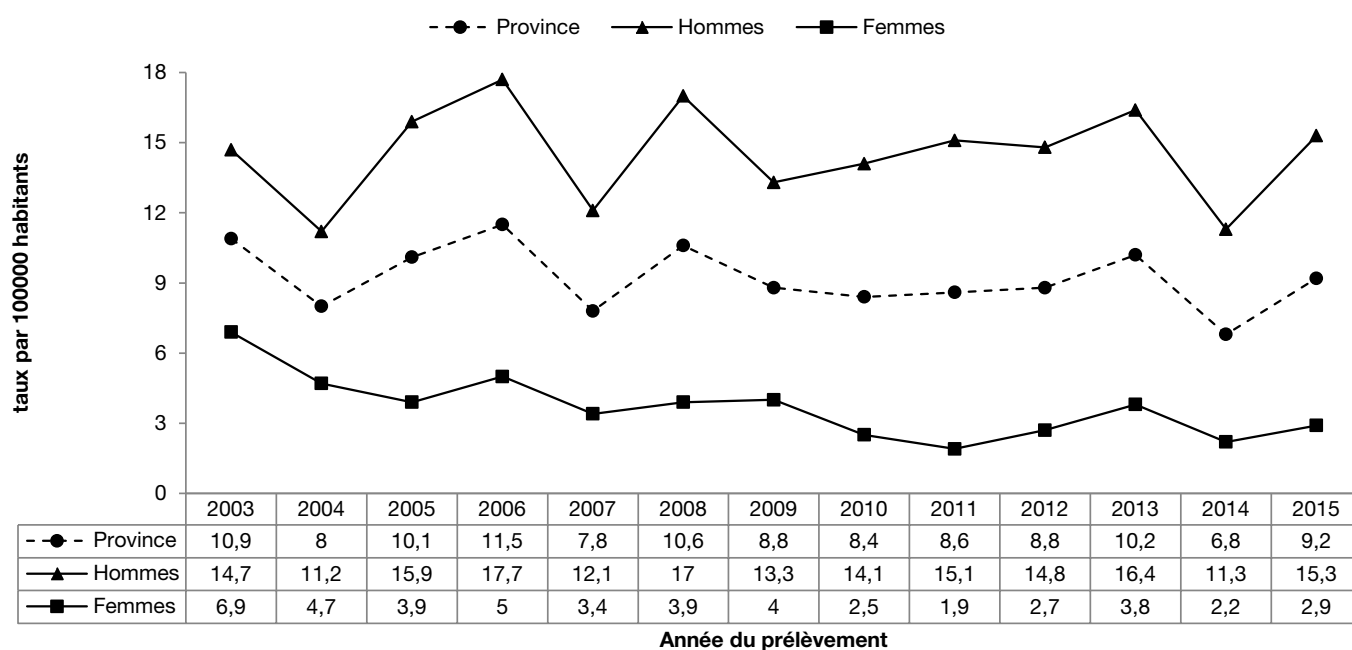


Figure 10 Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS¹² par 100 000 personnes de 25 à 34 ans, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015



¹¹ Ce taux inclut les cas sans NAM enregistrés depuis avril 2012.

¹² Ce taux inclut les cas sans NAM enregistrés depuis avril 2012.

Figure 11 Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS¹³ par 100 000 personnes de 35 à 44 ans, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015

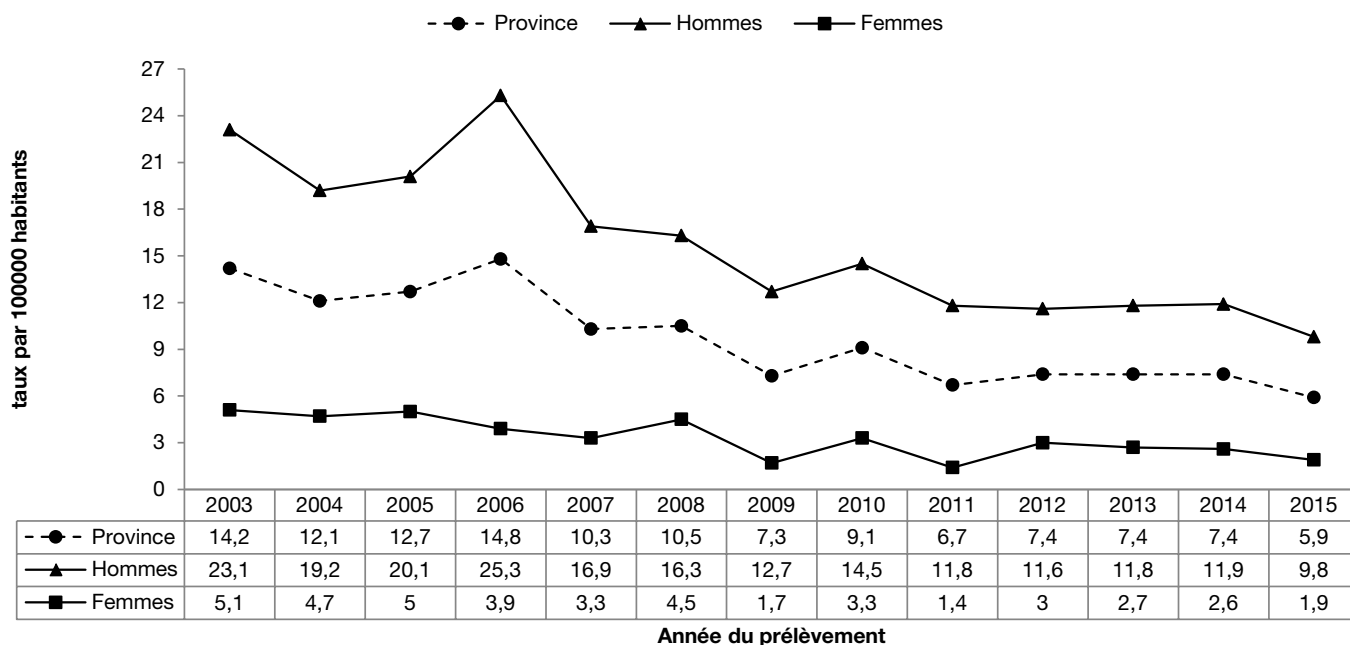
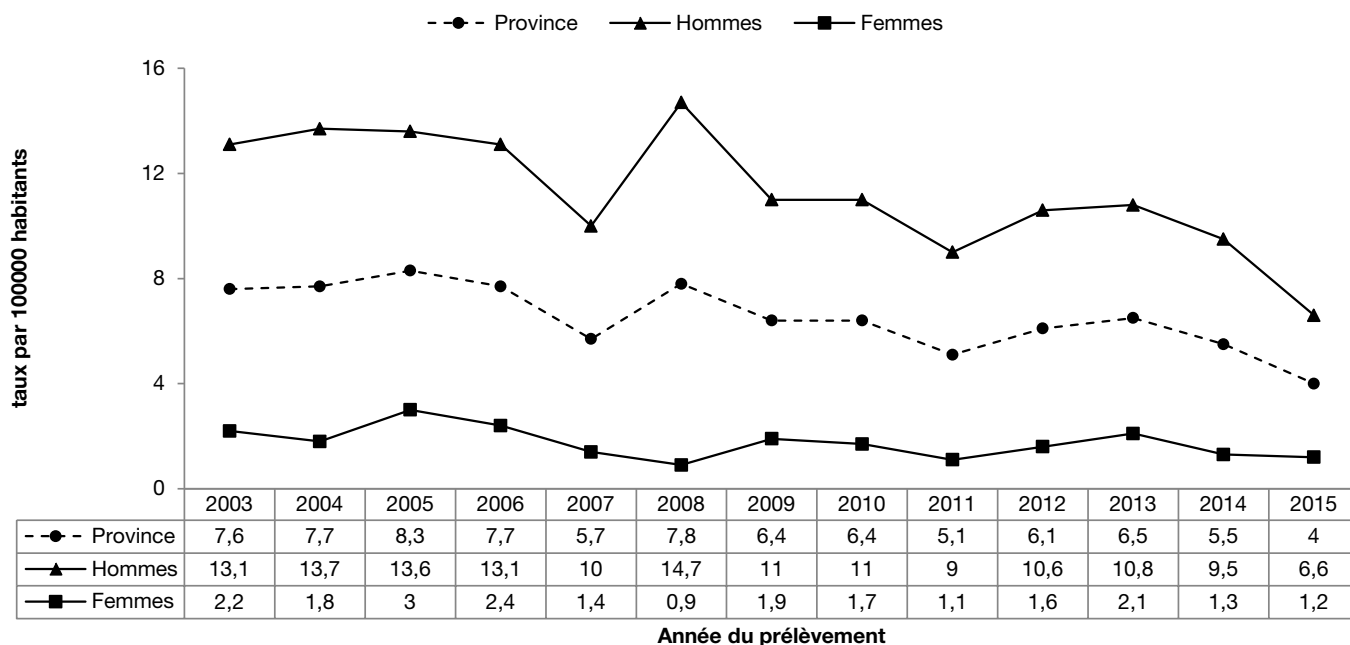


Figure 12 Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS¹⁴ par 100 000 personnes de 45 à 54 ans, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015



¹³ Ce taux inclut les cas sans NAM enregistrés depuis avril 2012.

¹⁴ Ce taux inclut les cas sans NAM enregistrés depuis avril 2012.

Figure 13 Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS¹⁵ par 100 000 personnes de ≥ 55 ans, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015

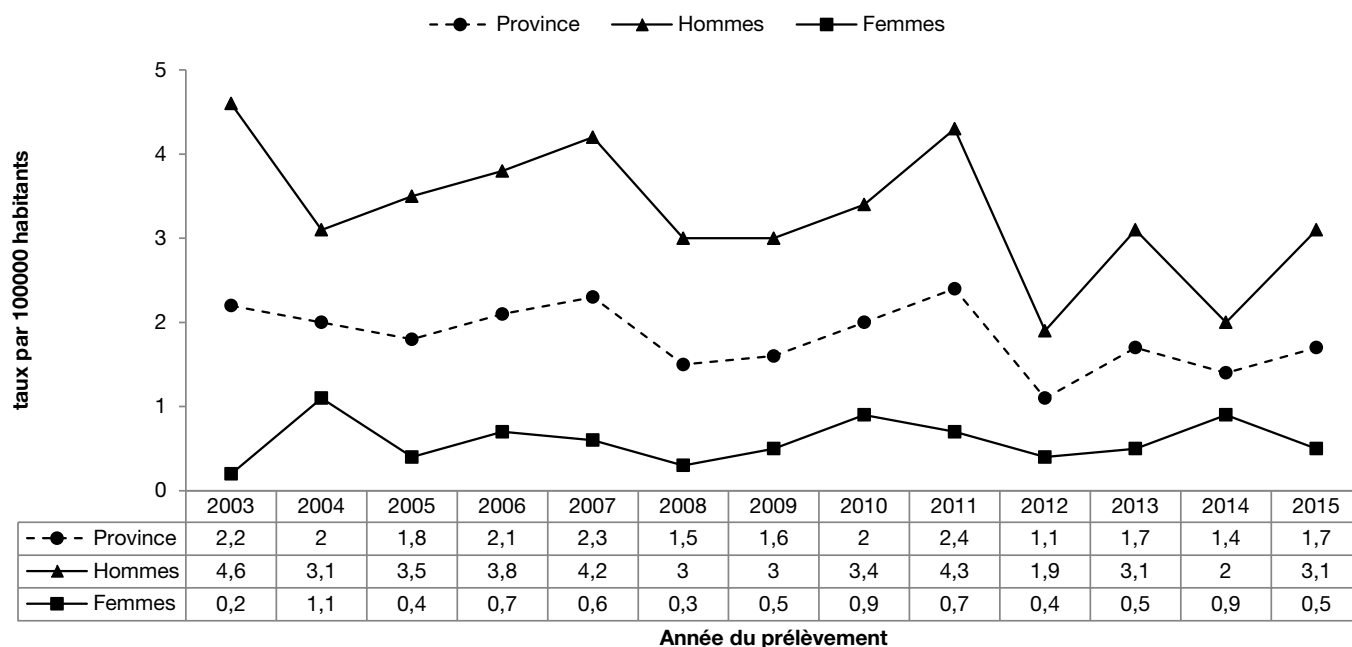
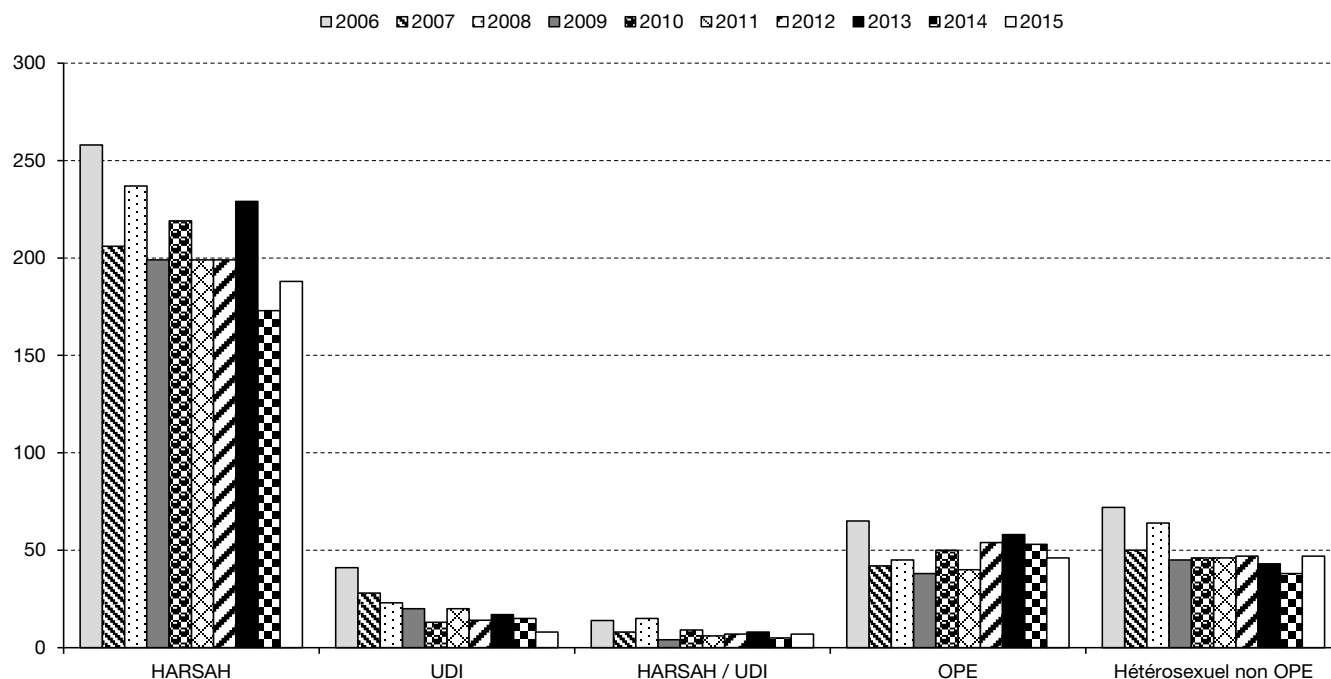


Figure 14 Nombre total de NOUVEAUX DIAGNOSTICS¹⁶ selon la catégorie d'exposition et l'année du prélèvement, 2006-2015



¹⁵ Ce taux inclut les cas sans NAM enregistrés depuis avril 2012.

¹⁶ Ce nombre inclut les cas sans NAM enregistrés depuis 2012.

Figure 15 Proportions des cas attribués à chacune des catégories d'exposition parmi les NOUVEAUX DIAGNOSTICS¹⁷, selon l'année du prélèvement, 2003-2015

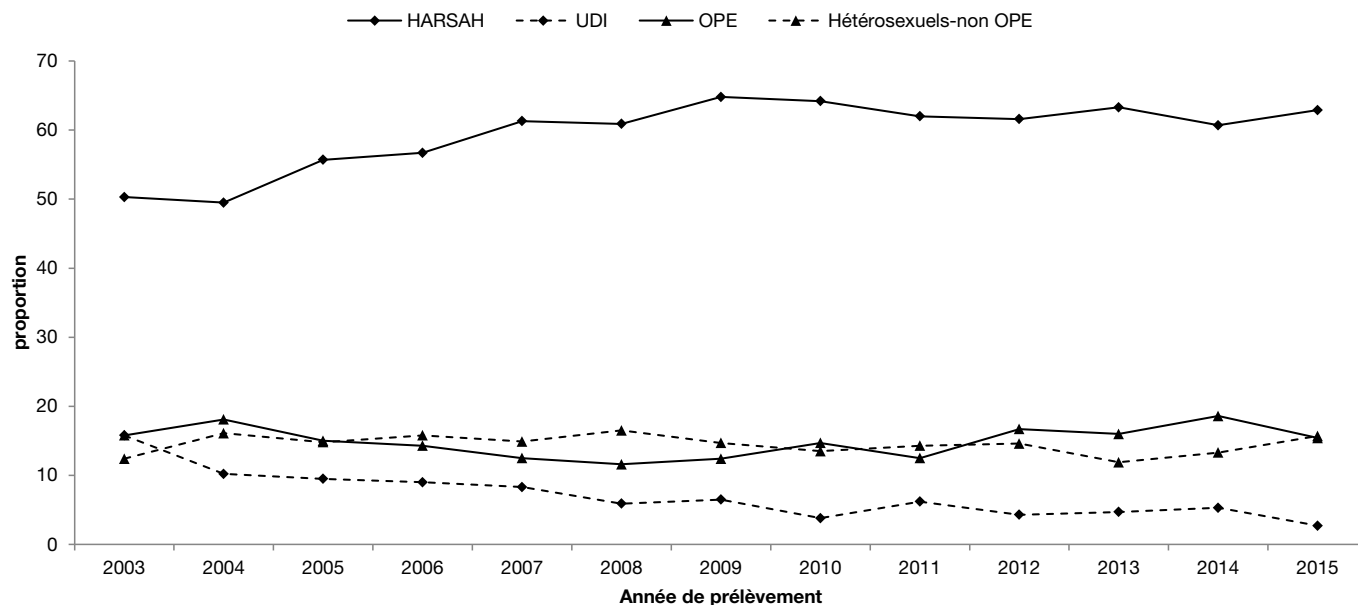
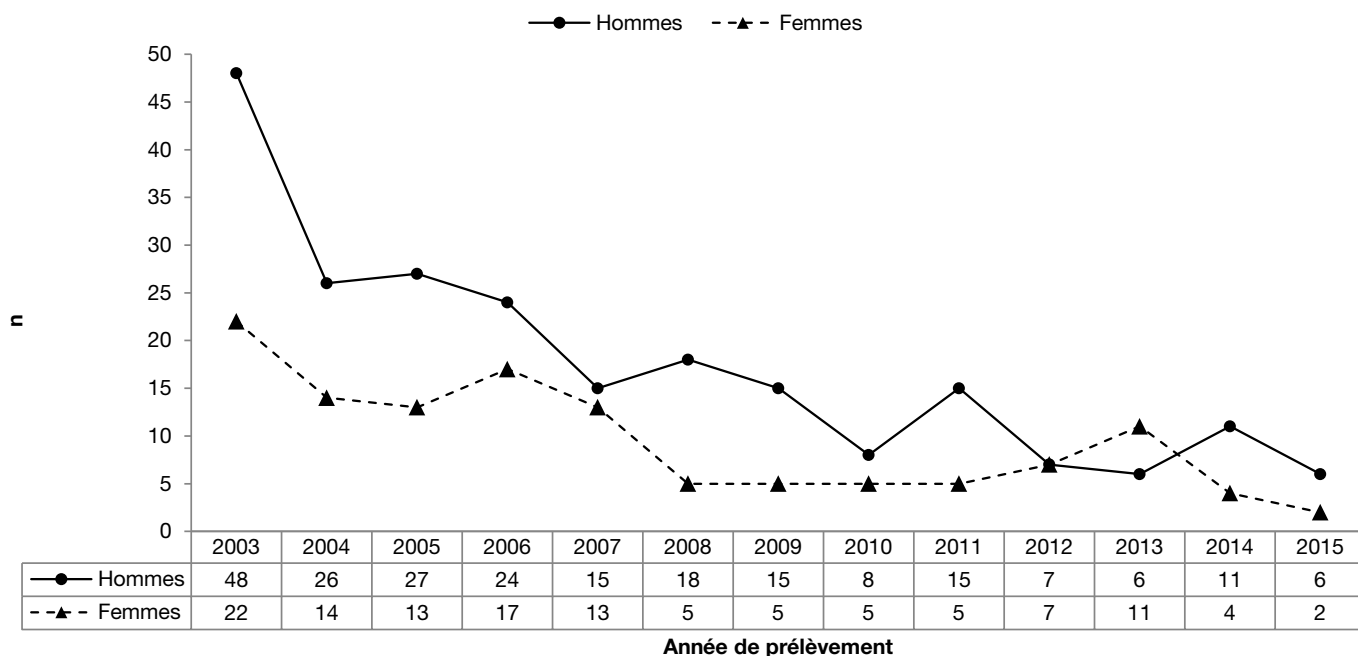


Figure 16 Nombre de NOUVEAUX DIAGNOSTICS¹⁸ de cas UDI, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015



¹⁷ Cette proportion inclut les cas sans NAM enregistrés depuis 2012.

¹⁸ Ce nombre inclut les cas sans NAM enregistrés depuis avril 2012.

Figure 17 Nombre de NOUVEAUX DIAGNOSTICS¹⁹ chez les HARSAH, selon le groupe d'âge et l'année du prélèvement, 2003-2015

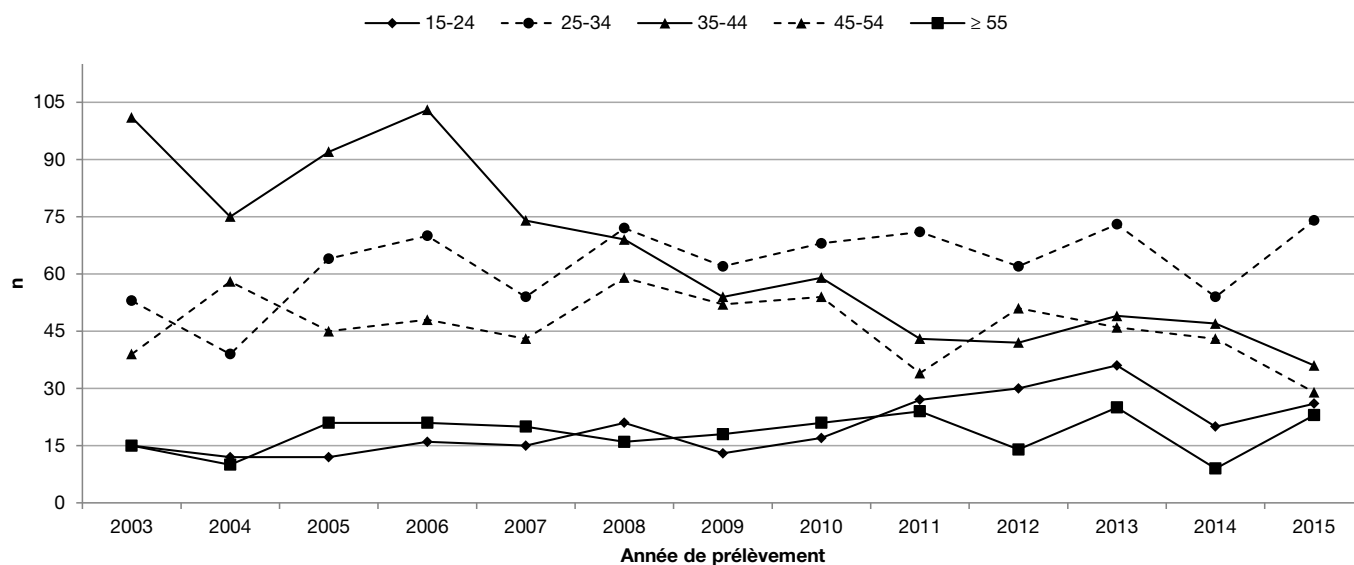
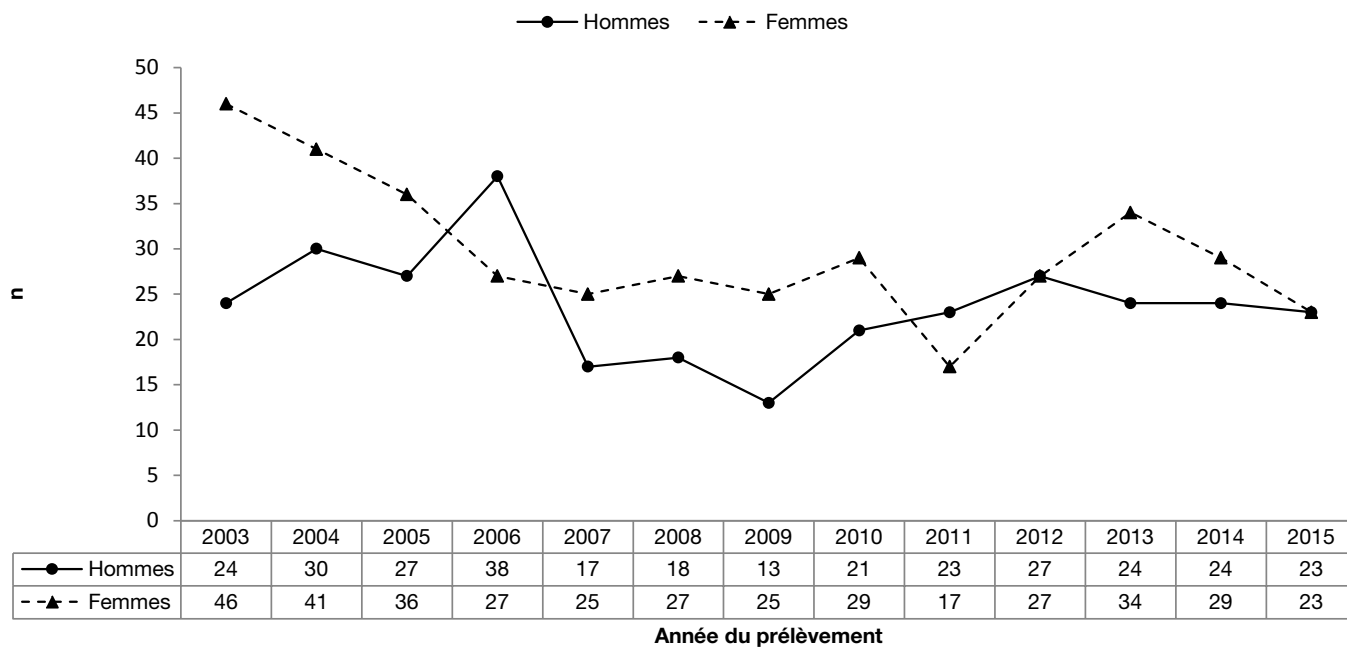


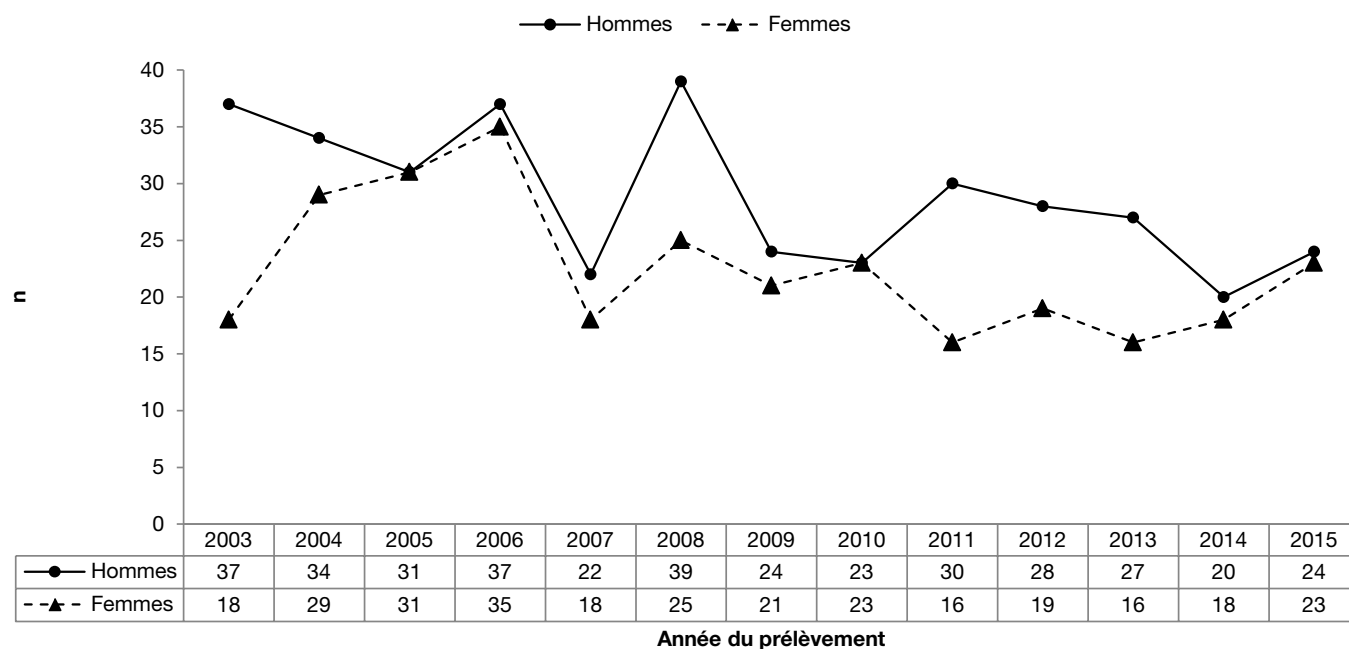
Figure 18 Nombre de NOUVEAUX DIAGNOSTICS²⁰ attribués à l'OPE, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015



¹⁹ Ce nombre inclut les cas sans NAM enregistrés depuis avril 2012.

²⁰ Ce nombre inclut les cas sans NAM enregistrés depuis avril 2012.

Figure 19 Nombre de NOUVEAUX DIAGNOSTICS²¹ de cas hétérosexuels non OPE, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2003-2015



²¹ Ce nombre inclut les cas sans NAM enregistrés depuis avril 2012.

5 Limites et interprétation des données

5.1 Limites

Les données du programme ne permettent pas de préciser la prévalence ou l'incidence du VIH au Québec. Elles portent sur les cas détectés et déclarés; tandis qu'elles excluent les cas confirmés qui ne sont pas enregistrés, et les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui ne sont pas dépistées et ignorent qu'elles ont le virus. Environ vingt pour cent (21 %) des PVVIH au Canada ne seraient pas diagnostiquées selon l'Agence de la santé publique du Canada²².

Les nouveaux diagnostics ne représentent pas nécessairement les personnes infectées dans la période de référence. L'infection à VIH est une infection chronique associée à une période de latence plus ou moins longue. Beaucoup de personnes peuvent avoir été infectées bien avant l'année du prélèvement du test qui s'avère positif et ce ne sont pas toutes les personnes infectées dans la période visée qui subissent un test de détection du VIH.

Les nouveaux diagnostics constituent un mélange d'infections récentes et d'infections anciennes tardivement diagnostiquées. Les trois quarts ont été rapportés pour des individus qui n'avaient jamais eu de dépistage du VIH auparavant ou dont le dernier test négatif datait de plus d'un an. Ces infections pouvaient donc être récentes ou anciennes.

La proportion des infections récentes dépend de la fréquence du recours des personnes exposées au dépistage, de la rapidité du dépistage à la suite de la prise de risque et de la détection précoce des cas de primo-infection. Les données du programme ne permettent pas de l'examiner en lien avec la fréquence des visites aux services de dépistage du VIH.

Le nombre de nouveaux diagnostics est sous-estimé. Des PVVIH détectées en 2015 n'ont pu être enregistrées pour différentes raisons (absence de réponse ou données épidémiologiques non disponibles auprès du professionnel de santé qui a diagnostiqué le cas, tests anonymes, cas confirmés pour des études de recherche, à la demande de Héma-Québec, par erreur ou mauvaise interprétation de la prescription, etc.). On ignore le nombre de personnes ayant fourni les 66 spécimens confirmés positifs pour lesquels la collecte épidémiologique n'a pu être complétée.

La proportion de cas ayant une charge virale indétectable est difficile à interpréter en l'absence de données plus précises sur le contexte clinique de la mesure de cette charge virale. Moins de 1 % des personnes infectées par le VIH vont contrôler naturellement la maladie et présenter une charge virale indétectable. Dans les autres cas, celle-ci représente généralement une réponse à une thérapie débutée antérieurement.

Dans cette hypothèse, parmi les cas rapportant des tests antérieurs positifs qui n'avaient pas mené à leur enregistrement (les anciens diagnostics), environ trois quarts seraient sous traitement et auraient une charge virale indétectable. Le quart restant ne serait pas sous traitement antirétroviral ou serait traité mais non contrôlé pour la charge virale.

Le programme ne permet pas de déterminer le nombre de ces cas qui avaient eu ces tests antérieurs positifs en dehors du Québec versus ceux qui les avaient eus au Québec et étaient donc connus des services de santé du Québec (et suivis par ces services) depuis.

Les experts s'accordent actuellement pour reconnaître le bénéfice du traitement antirétroviral comme outil de prévention de la transmission du VIH²³. La cascade de soins permet de documenter la séquence d'étapes charnières pour atteindre les objectifs visés du contrôle de l'épidémie, soit le plus grand nombre possible de PVVIH qui ont une charge virale indétectable²⁴.

²² Agence de la santé publique du Canada. Résumé : estimations de l'incidence, de la prévalence et de la proportion non diagnostiquée au VIH au Canada, 2014. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Agence de la santé publique du Canada 2014 [consulté le 3 octobre 2015 à l'adresse <http://www.catie.ca/sites/default/files/epi%20hiv%20FR%202016%2007%2007.pdf>].

²³ Gardner EM, McLees MP, Steiner JF et al. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clinical Infectious Diseases*. Mars 2011; 1; 52 (6) :793-800.

²⁴ Hull MW, Wu Z, Montaner JSG. Optimizing the engagement of care cascade. *Current Opinion in HIV and AIDS*, Novembre 2012; 7 (6) :579-86.

Les objectifs du programme étaient : 1) de faire le suivi de l'épidémie du VIH pour permettre notamment, de mieux orienter les efforts de prévention et de déterminer les besoins en soins et services, et 2) d'améliorer le soutien aux intervenants, notamment les médecins, dans leurs interventions auprès des PVVIH.

Le programme permet de réaliser un suivi du nombre de nouveaux diagnostics dans les populations à risque. Par contre, il a une faible capacité à estimer le nombre d'infections récentes parmi ces nouveaux diagnostics et à caractériser la trajectoire de soins des personnes diagnostiquées; ce qui ne lui permet pas de surveiller de façon efficiente l'évolution de l'épidémie et d'évaluer l'efficacité des mesures de prévention et de traitement.

Un test d'infection récente est actuellement validé²⁵ et appliqué dans le contexte d'un projet de recherche visant l'optimisation du programme de surveillance.

Un autre 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, vient de recevoir en juillet 2016 un avis favorable de la Commission d'accès à l'information du Québec.

Les résultats de ces projets permettront d'estimer le nombre de cas incidents parmi les nouveaux diagnostics pour la période 2015-2017, ainsi que la proportion prise en charge et celle ayant une charge virale contrôlée parmi les cas confirmés.

Parallèlement à la réalisation de ces projets qui donneront une information ponctuelle sur l'incidence et la cascade de soins relatifs au VIH, des travaux sont en cours pour optimiser le programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec par l'ajout d'indicateurs incluant, entre autres, l'élaboration de la cascade de soins pour les PVVIH au Québec.

5.2 Interprétation des résultats

Le nombre de nouveaux diagnostics est encore trop élevé pour une infection, qui nécessite un traitement très coûteux et à vie, mais qui, faut-il le rappeler, est évitable.

La transmission du VIH est toujours importante chez les HARSAH, qui représentent une part croissante et majoritaire parmi les nouveaux diagnostics depuis le début du programme.

Chez les femmes, la catégorie d'exposition dominante est constituée d'immigrantes en provenance de pays où le virus est endémique.

La transmission verticale du VIH est devenue rare depuis la mise en place du programme de prévention de la transmission du passage du VIH de la mère à son enfant pendant la grossesse et l'allaitement. Les cas rapportés pour cette catégorie d'exposition depuis 2002 sont majoritairement 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. Les cas rapportés pour cette catégorie d'exposition depuis 2002 sont présumés avoir été infectés avant les mesures de sécurité des dons de sang ou à l'extérieur du Canada.

La proportion qui n'avait jamais eu de dépistage du VIH auparavant est relativement élevée parmi les nouveaux diagnostics rapportés pour les immigrants de pays endémiques et chez les personnes qui s'injectent ou inhalent des drogues.

La proportion de nouveaux diagnostics ayant moins de 200 lymphocytes CD4 par ml suggère que le dépistage est tardif pour un nombre relativement élevé de cas.

La tendance à la baisse des nouveaux diagnostics chez les UDI est en accord avec la baisse de l'incidence du VIH rapportée pour ce groupe de population par le réseau SurvUDI²⁶. Elle pourrait être en partie associée à la diminution de la population UDI²⁷ qui est rapportée dans la période 1996-2010.

²⁵ Serhir B, Hamel D, Doualla-Bell F, Routy JP, Beaulac SN, Legault M, Fauvel M, Tremblay C, Quebec Primary HIV infection studio group. Performance of Bio-Rad and Limiting Antigen Avidity Assays in Detecting Recent HIV Infections Using the Quebec Primary HIV-1 Infection Cohort. PLoS One. 2016 May 25;11(5):e0156023. PMID : 27224023

²⁶ Leclerc P, Roy E, Morissette C, Alary M, Parent R, Blouin K. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection, réseau I-track-SurvUDI : Épidémiologie du VIH de 1995 à 2014, Épidémiologie du VHC de 2003 à 2014. Institut national de santé publique du Québec, mars 2016.

²⁷ Leclerc P, Fall A, Morissette C. Estimation de la taille et caractérisation de la population utilisatrice de drogues par

6 Conclusion

Malgré ses limites, le programme de surveillance permet de dresser un portrait de l'infection par le VIH au Québec et d'identifier des tendances.

De toute évidence, l'infection se transmet encore activement au Québec et une proportion élevée de cas est diagnostiquée à un stade avancé de la maladie et ne bénéficie pas d'un traitement précoce.

L'infection reste concentrée dans des groupes de populations qui ont des comportements à risque. Les hommes et particulièrement ceux qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes sont les plus touchés.

Les personnes qui partagent du matériel de consommation de drogues ont également un risque élevé.

La transmission du VIH par des relations hétérosexuelles non protégées persiste; elle représente le principal mode de transmission chez les femmes et dans cette population, la majorité des cas sont des immigrantes de pays où l'infection par le VIH est endémique.

injection à Montréal. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, juin 2013.

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca

