

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

RAPPORT ANNUEL 2017

SOMMAIRE

Mai 2019

Raphaël Bitera, 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 nouvellement diagnostiqués en 2017, ainsi que la tendance du nombre annuel de nouveaux diagnostics de la maladie depuis 2008.

Faits saillants

Au total, 698 cas d'infections par le VIH sont rapportés pour l'année 2017. Ce nombre comprend 343 nouveaux diagnostics, 334 anciens diagnostics¹ et 21 cas non classés dans l'une ou l'autre de ces catégories.

Ces personnes sont toutes infectées par le VIH1.

Les trois quarts (76,7 %) des nouveaux diagnostics ont été enregistrés chez les hommes.

Environ soixante pour cent (59,5 %) des personnes nouvellement diagnostiquées en 2017 résidaient à Montréal. Les régions de la Montérégie et de la Capitale-Nationale suivent avec respectivement 9,3 % et 7,6 % des nouveaux diagnostics.

Les autres régions comptaient moins de 5 % des nouveaux diagnostics chacune, incluant cinq d'entre elles qui n'en comptaient aucun en 2017, soit le Bas-

Saint-Laurent, la Côte-Nord, le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Un peu plus de la moitié (54,1 %) des nouveaux diagnostics ont été rapportés pour des personnes d'origines ethnoculturelles étrangères et d'un peu partout dans le monde.

Les Canadiens d'origine, incluant les Autochtones, représentaient 45,9 % des nouveaux diagnostics.

Chez les hommes, 55,0 % des nouveaux diagnostics ont été confirmés chez des Canadiens d'origine (Autochtones inclus).

À l'inverse, chez les femmes, plus de quatre-vingts pour cent (83,8 %) des nouveaux diagnostics ont été enregistrés chez des personnes d'origines ethnoculturelles étrangères.

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

L'épidémie du VIH reste concentrée dans des groupes de populations qui ont des comportements les exposant à un risque accru. Parmi les nouveaux diagnostics enregistrés pour l'année 2017 :

- 44,6 % des cas ont été rapportés pour des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), la proportion incluant les HARSAH/UDI (utilisateur de drogues par injection) est de 45,2 %;
- Un peu plus d'un tiers (36,4 %) des cas ont été enregistrés pour des personnes originaires de pays où le VIH est endémique (OPE);
- Quinze pour cent (14,9 %) des cas ont été rapportés pour des personnes hétérosexuelles originaires du Canada ou d'autres pays où le VIH n'est pas endémique;
- Une faible proportion (2,0 %) était formée par les usagers de drogues injectables (2,6 % en incluant les HARSAH/UDI).

Parmi les nouveaux diagnostics chez les hommes (n = 263), plus de la moitié (58,2 %) des cas étaient chez des HARSAH (58,9 % si on inclut les HARSAH/UDI).

Parmi les nouveaux diagnostics chez les femmes (n = 80), les trois quarts (76,3 %) des cas étaient chez des immigrantes de pays où le VIH est endémique, essentiellement de l'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

L'âge médian des nouveaux diagnostics se situait à 36 ans chez les femmes et à 37 ans chez les hommes.

Chez les hommes, les deux tiers (66,9 %) des nouveaux diagnostics avaient entre 25 et 49 ans, 23,6 % avaient 50 ans et plus et 9,5 % avaient moins de 25 ans.

Chez les femmes, les trois quarts des nouveaux diagnostics étaient âgés de 25 à 49 ans, 17,5 % avaient 50 ans et plus et 7,5 % avaient moins de 25 ans.

Le taux de nouveaux diagnostics était de 4,1 cas pour 100 000 personnes en 2017 :

- La région de Montréal se démarquait par un taux nettement supérieur à la moyenne provinciale, soit 10,1 pour 100 000;
- Le taux chez les hommes se situait à 6,3 pour 100 000. Il était trois fois plus élevé que celui chez les femmes qui était de 1,9 pour 100 000;

- Chez les hommes, le taux le plus élevé a été observé dans le groupe âgé de 35 à 39 ans, soit 14,1 pour 100 000;
- Chez les femmes, le taux le plus élevé était rapporté pour le groupe d'âge de 30-34 ans, soit 6,6 pour 100 000.

Les tendances du nombre annuel de nouveaux diagnostics ne sont pas homogènes d'un groupe d'âge à un autre :

- Le nombre de cas diminue entre 25 et 54 ans;
- Cette diminution de cas dans ce groupe d'âge est statistiquement significative chez les hommes;
- Les variations observées depuis 2008 pour les autres groupes d'âge chez les hommes et tous les groupes d'âge chez les femmes ne sont pas statistiquement significatives.

Les tendances diffèrent également d'une catégorie d'exposition à une autre :

- Une hausse inhabituelle de nouveaux diagnostics a été enregistrée en 2017 chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique.
- Le nombre de cas diminue pour les autres catégories d'exposition. On observe une diminution statistiquement significative des nouveaux diagnostics chez les HARSAH et chez les UDI.

Le dépistage est encore tardif pour un nombre relativement élevé de personnes vivant avec le VIH. Parmi les 343 personnes nouvellement diagnostiquées en 2017 :

- 26,1 % des cas avaient des taux de lymphocytes CD4 inférieurs à 200 par millilitre et/ou étaient rendus au stade du sida;
- 64,7 % des cas n'avaient jamais eu de dépistage du VIH auparavant;
- Le dernier dépistage négatif datait de plus d'un an pour la moitié (52,1 %) des cas qui avaient un test antérieur négatif;
- Seules 56 personnes avaient eu un dépistage négatif dans les douze derniers mois avant le test positif.

Transmission verticale et par des dons de sang

La transmission verticale (d'une mère à son enfant pendant la grossesse ou l'allaitement) reste marginale et rare au Québec. Deux nouveaux diagnostics ont été enregistrés en 2017 pour deux enfants nés au Canada de mères immigrantes d'Afrique subsaharienne.

Les cas d'infections verticales sont majoritairement des immigrants infectés à la naissance dans leurs pays d'origine. Au total, depuis le début du programme en 2002, on compte 43 nouveaux diagnostics pour cette catégorie d'exposition, dont 41 cas immigrants et 2 enfants nés au Canada de parents canadiens 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 depuis 2012.

Les cas rapportés pour cette catégorie d'exposition depuis le début du programme en 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

L'augmentation des cas chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique est très probablement liée à un afflux massif, au cours de l'année au Québec, de demandeurs d'asile originaires des Caraïbes et de l'Afrique subsaharienne où sont situés la plupart des pays endémiques pour le VIH.

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 enregistrés; tandis qu'elles excluent les personnes vivant avec le VIH diagnostiquées qui ne sont pas rapportées au programme et celles non dépistées qui ignorent qu'elles ont la maladie.

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 fourniront une estimation du nombre de personnes récemment infectées parmi les nouveaux diagnostics rapportés pour la période 2015-2017.

Le programme actuel ne permet pas d'estimer le nombre de cas diagnostiqués qui sont sous traitements antirétroviraux.

En lien avec les objectifs de l'Organisation mondiale de la santé d'atteindre la cible « 90-90-90 » (90 % des personnes infectées connaissent leur statut au regard du VIH, 90 % des personnes qui connaissent leur statut sont sous traitements antirétroviraux, 90 % des personnes sous traitements ont une charge virale supprimée), des travaux sont en cours pour permettre de documenter la cascade de soins² dans le cadre de la surveillance du VIH au Québec.

Un projet de recherche visant à développer de nouvelles approches de surveillance documentant la cascade de soins a reçu un avis favorable de la Commission d'accès à l'information du Québec et il est en cours de réalisation.

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 virus est encore actif au Québec et une proportion relativement élevée de cas est diagnostiquée tardivement et ne semble pas bénéficier d'un traitement précoce.

Les hommes et particulièrement les HARSAH demeurent les plus touchés. Chez les femmes, la catégorie d'exposition dominante est constituée d'immigrantes de pays où le virus est endémique. Un nombre relativement élevé de cas continue d'être observé chez les personnes qui ont des relations hétérosexuelles non protégées et un risque persiste pour celles qui s'injectent des drogues.

² La cascade de soins est composée d'indicateurs qui 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.

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

RAPPORT ANNUEL 2017

AUTEURS

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

Michel Alary, médecin-conseil
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

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.

©Gouvernement du Québec (2018)

N° de publication : 2576 – Sommaire.