



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

RAPPORT ANNUEL 2013

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

Robert Allard, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Éric Demers, Unité de recherche en santé des populations, Hôpital du Saint-Sacrement, Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec
Marc Dionne, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, 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
Diane Tessier, 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

SECRETARIAT

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.

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 2014
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISSN : 1913-3405 (PDF)
ISBN : 978-2-550-71923-6 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

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.

Table des matières

Liste des tableaux	III
Liste des figures	IV
Liste des sigles et acronymes	V
Résumé	1
1 Contexte et méthodologie	3
1.1 Modalité de collecte des données	3
1.2 Procédure d'élimination des doublons	3
1.3 Analyses	4
2 Définition d'un nouveau et d'un ancien diagnostic.....	4
2.1 Nouveau diagnostic	4
2.2 Ancien diagnostic.....	4
2.3 Diagnostic non caractérisé comme étant ancien ou nouveau	4
3 Proportion des tests confirmés positifs.....	5
4 Caractéristiques des cas de 2013	6
4.1 Ensemble des cas (anciens et nouveaux diagnostics)	6
4.1.1 Sexe, origine et régions de résidence.....	6
4.1.2 Principales catégories d'exposition	6
4.1.3 Particularité des cas sans NAM	7
4.1.4 Charge virale et taux de CD4	7
4.2 Les nouveaux diagnostics	10
4.2.1 Distribution par groupe d'âge	10
4.2.2 Répartition par sexe et région de résidence	11
4.2.3 Catégories d'exposition	11
4.2.4 Dépistage antérieur et proportion des dépistages tardifs	15
4.2.5 Tendances des nouveaux diagnostics au cours des dix dernières années.....	15
5 Limites et interprétation des données	20
5.1 Limites.....	20
5.2 Interprétation des résultats	20
6 Conclusion	21

L'annexe de ce document est disponible à l'adresse suivante :

www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1919_Programme_Surveillance_Infection_VIH_2013_Annexe.pdf.

Annexe

Annexe 1 – Tableaux supplémentaires

Liste des tableaux

Tableau 1	Nombre de cas avec NAM et de cas sans NAM, par sexe, 2013.....	6
Tableau 2	Nombre et proportion de cas par sexe et origine ethnoculturelle, 2013	6
Tableau 3	Nombre et proportion des cas par catégorie d'exposition et origine ethnoculturelle, 2013	7
Tableau 4	Taux de CD4 selon le sexe, le groupe d'âge et la catégorie d'exposition, 2013	8
Tableau 5	Charge virale selon le sexe, le groupe d'âge et la catégorie d'exposition, 2013	9
Tableau 6	Âge moyen et médian (en ans) des NOUVEAUX DIAGNOSTICS, 2004-2013.....	11
Tableau 7	Taux des NOUVEAUX DIAGNOSTICS par 100 000 habitants, par région, 2009-2013.....	12
Tableau 8	Taux des NOUVEAUX DIAGNOSTICS par 100 000 habitants par sexe à Montréal versus hors Montréal, 2012-2013	12
Tableau 9	Taux des NOUVEAUX DIAGNOSTICS par 100 000 habitants, par sexe et groupe d'âge, 2012-2013.....	13
Tableau 10	Proportion des NOUVEAUX DIAGNOSTICS selon qu'ils avaient un test antérieur négatif ou non, 2013.....	15

Liste des figures

Figure 1	Nombre de tests de détection du VIH et proportion confirmée positive, par année du prélèvement, 2004-2013	5
Figure 2	Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS par groupe d'âge et sexe, 2013	10
Figure 3	Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS chez les HOMMES, par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2004-2013	14
Figure 4	Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS chez les FEMMES, par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2004-2013	14
Figure 5	Nombre des nouveaux et des anciens diagnostics par année du prélèvement, 2004-2013	16
Figure 6	Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS par sexe et année du prélèvement, 2004-2013	16
Figure 7	Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS reliés à l'ORIGINE de PAYS ENDÉMIQUES par sexe et année du prélèvement, 2004-2013	17
Figure 8	Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS d'infections hétérosexuelles non reliés aux pays endémiques, par sexe et année du prélèvement, 2004-2013	17
Figure 9	Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS des UDI, par sexe et année du prélèvement, 2004-2013	18
Figure 10	Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS des HARSAH, par groupe d'âge et année du prélèvement, 2004-2013	18
Figure 11	Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS de < 35 ans, par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2004-2013	19
Figure 12	Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS de ≥ 35 ans, par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2004-2013	19

Liste des sigles et acronymes

CH	Cas hétérosexuel non relié à un pays endémique et non documenté sur le risque du partenaire
F	Femme
H	Homme
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
H/U	Homme 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
NAM	Numéro d'assurance maladie
OPE	Origine d'un pays endémique pour le VIH
PE	Pays endémique pour le VIH
PHR	Partenaire hétérosexuel à risque (cas hétérosexuel non relié à l'OPE)
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RSS	Région sociosanitaire
SRI	Sans risque identifié
UDI	Utilisateurs de drogues par injection
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé

Contexte

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 rapportés en 2013, ainsi que la tendance des nouveaux diagnostics depuis 2004.

Faits saillants

Le nombre annuel de tests de détection des anticorps contre le VIH a augmenté jusqu'en 2010. Il a diminué de 5,6 % entre 2010 et 2013.

La proportion de tests confirmés positifs se maintient à moins de 1 % depuis le début du programme. Elle était de 0,38 % en 2013.

Au total, 656 cas d'infection par le VIH sont rapportés pour l'année 2013. Ce nombre comprend 358 nouveaux diagnostics, 278 anciens diagnostics et 20 cas non classés dans l'une ou l'autre de ces catégories.

La charge virale et le taux de cellules CD4 (taux de CD4) ajoutés aux variables du programme depuis avril 2013 sont disponibles pour 232 nouveaux et 210 anciens diagnostics.

La majorité (71 %) de ces anciens diagnostics avait une charge virale non détectable au seuil de 40 copies de l'ARN du VIH par ml. Une proportion de 41,9 % avait un taux de CD4 \geq 500, 46,2 % entre 200 et 499 et 12,4 % moins de 200 par ml.

Concernant les nouveaux diagnostics, 37,8 % avaient un taux de CD4 \geq 500/ml et seuls 6,7 % étaient indétectables au test de la charge virale.

L'ensemble des cas de 2013

Les cas sont concentrés à Montréal. Cette région compte un quart de la population du Québec et déclare 63,3 % des cas en 2013; la région de la Montérégie abritait 9,2 % des cas, la Capitale-Nationale 6,6 %; les autres régions déclaraient moins de 5 % des cas chacune, exceptées trois régions (Côte-Nord, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James) qui n'en rapportent aucun en 2013.

La moitié (53,5 %) des cas sont des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH), 23,5 % des immigrants de pays où le VIH est endémique et où le contact hétérosexuel est le mode dominant de transmission du virus, 11,4 % des personnes hétérosexuelles originaires du Canada ou immigrants de pays non endémiques et 5,9 % des usagers de drogues injectables (UDI).

Les nouveaux diagnostics de 2013

Plus de quatre-vingt pour cent (82,7 %) des nouveaux diagnostics sont chez les hommes.

La majorité (63,1 %) des nouveaux diagnostics ont entre 25 et 49 ans; 22,6 % ont 50 ans et plus et 14,3 % ont moins de 25 ans. Les femmes étaient en moyenne plus jeunes que les hommes. Leur âge médian était de 35,5 ans, versus 37 ans chez les hommes.

Le taux est de 4,4 nouveaux diagnostics pour 100 000 habitants du Québec. Montréal se démarque avec un taux nettement supérieur à la moyenne provinciale, soit 11,3 nouveaux diagnostics pour 100 000 Montréalais versus 2,3 pour 100 000 résidents à l'extérieur de Montréal.

Chez les hommes, le taux est de 7,4 pour 100 000 résidents; il est le plus élevé dans le groupe de 30-34 ans. Chez les femmes, le taux est de 1,5 pour 100 000 résidentes; le taux le plus élevé est rapporté parmi celles de 25-29 ans.

Chez les hommes, les trois quarts (76,4 %) des nouveaux diagnostics sont des HARSAH, 8,1 % des immigrants de pays endémiques, 9,1 % des hommes hétérosexuels originaires du Canada ou de pays non endémiques et 2,0 % des cas UDI.

La tendance des nouveaux diagnostics est à la hausse chez les jeunes HARSAH (< 35 ans).

Chez les femmes, la moitié (53,2 %) de leurs nouveaux diagnostics sont des immigrantes des Caraïbes ou de l'Afrique subsaharienne, un quart (25,8 %) des femmes hétérosexuelles originaires du Canada ou immigrantes de pays non endémiques et 17,7 % des femmes qui s'injectent des drogues.

Deux nouveaux diagnostics, soit deux enfants nés au Québec d'une mère séronégative, n'ont pu être reliés à un mode de transmission sur la base des informations recueillies dans le cadre du programme.

Plus de quarante pour cent (45,0 %) des cas nouvellement diagnostiqués en 2013 et plus de 60 % chez les femmes et dans le groupe de 55 ans ou plus n'avaient jamais eu de dépistage du VIH auparavant.

Cette proportion est encore élevée (≥ 30 %) parmi les nouveaux diagnostics des HARSAH, des immigrants de pays endémiques et des UDI, groupes à risque pour lesquels un dépistage est recommandé au moins une fois par année.

Pour ces populations à risque, le dernier test négatif datait de plus d'un an dans la majorité de leurs nouveaux diagnostics qui rapportaient un dépistage antérieur négatif.

Le diagnostic a été souvent tardif. Soixante pour cent (60,9 %) des personnes nouvellement diagnostiquées avaient des taux de CD4 < 500 , dont 15,5 % avec un état immunitaire très affaibli (taux de CD4 < 200) qui étaient déjà rendues au stade des infections chroniques ou du sida.

Transmission verticale et par des dons de sang

La transmission verticale reste marginale et rare au Québec. Cinq nouveaux diagnostics de transmission verticale ont été rapportés pour des immigrants. La majorité des cas de 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 2013. Les cas reliés à cette catégorie d'exposition depuis 2002 sont présumés 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.

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.

La tendance des nouveaux diagnostics ne peut être interprétée en termes d'incidence. La majorité (83,5 %) des cas nouvellement dépistés depuis 2002 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. Ils pouvaient être récents ou anciens.

Le VIH se transmet encore activement au Québec et une proportion élevée des cas sont diagnostiqués à un stade avancé de la maladie. 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. La tendance des nouveaux diagnostics à la hausse chez les jeunes HARSAH est une indication d'une possible transmission à la hausse dans ce groupe de population.

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 2013, ainsi que la tendance des nouveaux diagnostics de cette maladie dans la période 2004-2013 (les dix dernières années).

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 et à une intervenante de santé publique (ISP) du programme de surveillance. L'ISP contacte ce professionnel pour obtenir les données épidémiologiques sur le cas¹.

La collecte des données est réalisée une seule fois pendant l'évolution de l'infection chez une personne donnée. Elle se limite 1) aux caractéristiques sociodémographiques (date et pays de naissance, sexe, lieu de résidence et origine ethnoculturelle), 2) aux dates du dernier test négatif ou du premier test positif s'il y a lieu, 3) aux motifs de prescription du test positif, 4) aux signes cliniques du VIH au moment du dépistage positif, 5) aux comportements pouvant expliquer l'infection (catégorie d'exposition), et depuis avril 2013, 6) à la charge virale et au taux des lymphocytes CD4².

¹ Selon les besoins identifiés lors de la collecte épidémiologique, l'ISP offre un soutien au professionnel de la santé (renseignements concernant la divulgation de la séropositivité au VIH, l'intervention auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires, références pour la prise en charge médicale et les ressources professionnelles locales ou provinciales, etc.).

² Le taux de CD4 renseigne de l'état de santé du système immunitaire. La charge virale renseigne sur l'activité du VIH dans l'organisme de la personne infectée. Ensemble, les deux tests permettent de surveiller la réponse de l'organisme à l'infection et au traitement contre le virus.

La procédure hiérarchisée de classification des cas adultes utilisée dans le cadre du programme prévoit neuf catégories d'exposition : 1) les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH), 2) les usagers de drogues injectables (UDI), 3) les cas à la fois HARSAH et UDI (H/U), 4) les cas originaires d'un pays endémique (OPE)³, 5) les cas d'infection par des partenaires hétérosexuels à risque (PHR)⁴ non reliés à l'OPE, 6) les cas hétérosexuels (CH) non reliés à l'OPE et non documentés sur le risque du partenaire⁵, 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 diffère 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

³ Un pays endémique est un pays affichant un taux important d'infection par le VIH et où le virus se transmet essentiellement par voie hétérosexuelle.

⁴ Un partenaire à risque est un partenaire séropositif, HARSAH, UDI, originaire d'un pays endémique, receveur de transfusion et/ou de facteurs de coagulation.

⁵ Cette catégorie d'exposition inclut les cas hétérosexuels originaires du Canada ou d'autres pays où l'infection n'est pas endémique, qui avaient un des facteurs de risque suivants : partenaires multiples, contacts avec des travailleurs ou des travailleuses du sexe, antécédents d'ITSS, séjour dans un pays endémique, etc.

naissance différents (vrais doublons), si elle a plusieurs prescriptions et qu'il ya 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, ainsi que les résultats des tests d'évaluation de la charge virale et du taux de CD4.

Les analyses de tendance ont été testées par régression linéaire en utilisant la méthode des moindres carrés pondérée par la variance. La période 2004-2013 (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 qui nous est fourni par le prescripteur du test positif rapporté à l'ISP.

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 sont des infections récentes si le dépistage a été précoce ou des infections anciennes tardivement dépistées.

2.2 Ancien diagnostic

Un ancien diagnostic est un cas dont au moins un des tests antérieurs s'était avéré positif. Aucun des tests antérieurs positifs n'avait mené à son enregistrement au programme. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer : test anonyme, test fait pour une étude de recherche, pour un dossier de demande d'assurance, test confirmé avant le programme ou en dehors du Québec, cas confirmé sans NAM avant avril 2012, cas confirmé après l'implantation du programme en avril 2002 et qui n'était pas enregistré parce que l'ISP n'avait pas obtenu les données épidémiologiques, 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 prescrits à son patient.

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

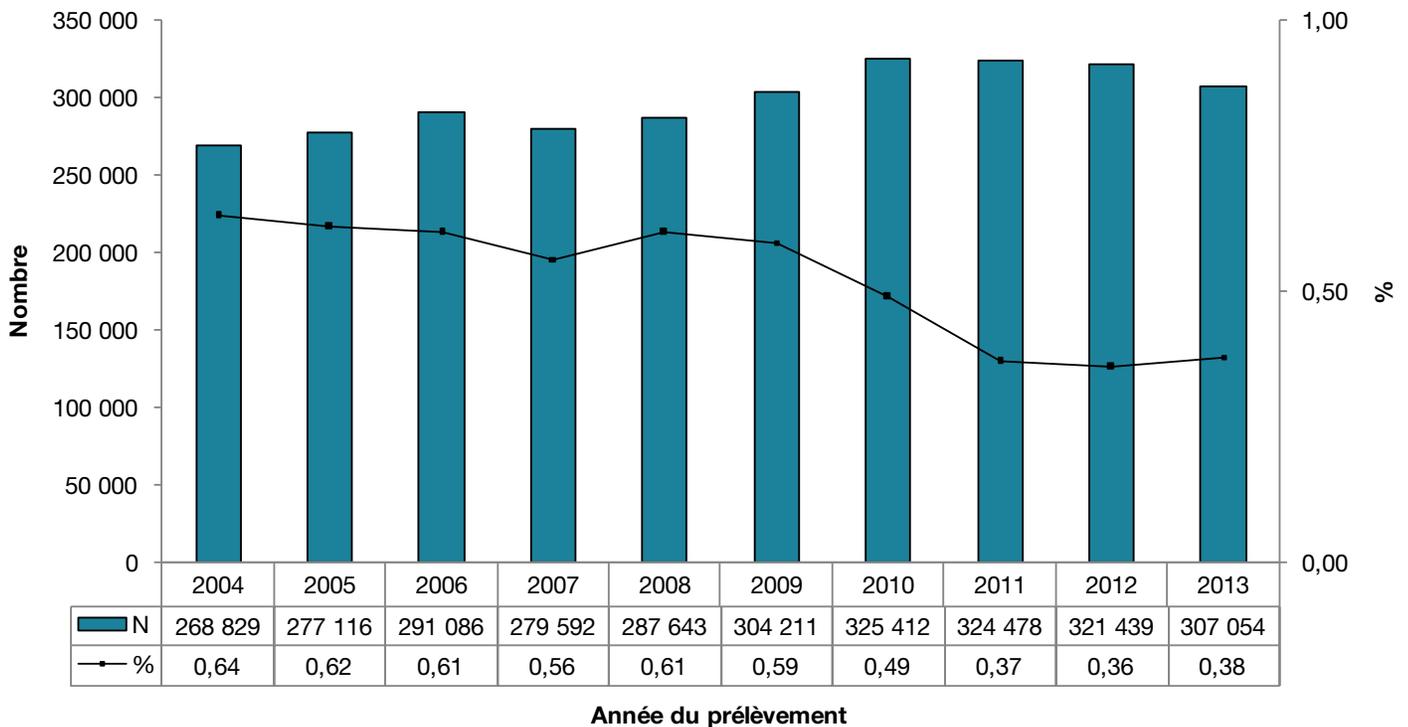
3 Proportion des tests confirmés positifs

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 2013. Les autres laboratoires ont un faible volume d'activités de dépistage.

Les vingt-huit laboratoires ont réalisé 307 054 tests en 2013. Le nombre de tests de détection des anticorps contre le VIH était à la hausse jusqu'en 2010. Il a diminué de 5,6 % en 2013 comparativement à 2010.

La proportion de tests avec résultats positifs confirmés se maintient à moins de 1 % depuis le début du programme en avril 2002. Elle est de 0,38 % en 2013 (figure 1).

Figure 1 Nombre de tests de détection du VIH et proportion confirmée positive, par année du prélèvement, 2004-2013



Le nombre de personnes ayant donné les spécimens positifs n'est pas connu. Pour une année donnée, ces spécimens proviennent des cas rapportés au programme pour cette année, 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 épidémiologique et n'ont donc pas été enregistrés.

Pour une année donnée, le nombre de tests positifs qui ne mènent pas à l'enregistrement des cas ne représente pas les cas confirmés qui ne sont pas enregistrés. Une même personne peut être testée positive plusieurs fois dans l'année. Un cas qui n'est pas enregistré au moment d'un test positif donné peut l'être à l'occasion d'une nouvelle prescription d'un test, par exemple s'il ne l'est pas parce qu'on n'avait pas obtenu les données et que celles-ci sont disponibles auprès du prescripteur et que celles-ci sont disponibles auprès du prescripteur de la nouvelle recherche d'anticorps contre le VIH.

4 Caractéristiques des cas de 2013

Le nombre de cas enregistrés au programme en 2013 est de 656. Il comprend 358 nouveaux diagnostics, 278 anciens diagnostics et 20 cas non classés dans l'une ou l'autre de ces catégories (tableau 1).

Tableau 1 Nombre de cas avec NAM et de cas sans NAM, par sexe, 2013

	Anciens diagnostics			Nouveaux diagnostics			Diagnostics non classés			Total
	H	F	Sous total	H	F	Sous total	H	F	Sous total	
Avec NAM	166	48	214	276	51	327	15	2	17	558
Sans NAM	29	35	64	20	11	31	2	1	3	98
Total	195	83	278	296	62	358	17	3	20	656

H = Hommes, F = Femmes.

4.1 Ensemble des cas (anciens et nouveaux diagnostics)

4.1.1 SEXE, ORIGINE ET RÉGIONS DE RÉSIDENCE

Les trois quarts (77,4 %) des cas sont de sexe masculin.

Soixante-trois pour cent (63,2 %) résidaient dans la région de Montréal, 9,2 % dans celle de la Montérégie, 6,6 % dans la région de la Capitale-Nationale. Les autres régions abritaient moins de 5 % des cas chacune, exceptées trois (Côte-Nord, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James) qui n'ont pas déclaré de cas en 2013.

Plus de la moitié (54,8 %) des cas sont originaires du Canada, 15,9 % de l'Afrique subsaharienne, 12,0 % des Caraïbes (essentiellement d'Haïti), 5,7 % de l'Amérique du Sud, 4,0 % de l'Europe et 3,4 % de l'Asie (tableaux 2 et 3).

Chez les hommes, 64,0 % des cas sont des Canadiens d'origine et 17,3 % des immigrants des Caraïbes (essentiellement des haïtiens) ou de pays africains au sud du Sahara.

À l'inverse chez les femmes, 64,0 % sont des immigrantes haïtiennes ou africaines du sud du Sahara et 23,1 % des Canadiennes de souche.

4.1.2 PRINCIPALES CATÉGORIES D'EXPOSITION

La moitié (53,5 %) des cas sont des HARSAH (55,8 % en incluant les HARSAH/UDI), 23,5 % des immigrants de pays où le VIH est endémique et où le mode de transmission dominant est le contact hétérosexuel, 11,4 % des individus hétérosexuels originaires du Canada ou d'autres pays non endémiques et 5,9 % des usagers de drogues injectables (UDI) (8,2 % en comptant les HARSAH/UDI).

Le nombre des cas chez les HARSAH est de 351. Parmi ceux-ci, 73,3 % sont d'origine canadienne, 8,6 % d'Amérique latine, 6,6 % d'Europe et 2,0 % des Caraïbes.

Les cas UDI, au nombre de 39, sont aussi majoritairement d'origine canadienne.

Le nombre des cas d'infection hétérosexuelle non reliés aux pays endémiques est de 75. Les deux tiers (65,3 %) de ces cas sont des Canadiens de souche, 6,7 % des autochtones du Canada et 28,0 % des immigrants de pays non endémiques (tableau 2).

Tableau 2 Nombre et proportion de cas par sexe et origine ethnoculturelle, 2013

Origine	Hommes		Femmes	
	n	%	n	%
Canada	322	64,0	34	23,1
Autochtone	6	1,2	5	3,4
Caraïbes	44	8,7	34	23,1
Afrique subsaharienne	43	8,5	60	40,8
Autre	88	17,5	14	9,5
Total^a	503	100	147	100

^a Le total exclut 6 cas d'origine non précisée.

Tableau 3 Nombre et proportion des cas par catégorie d'exposition et origine ethnoculturelle, 2013

Origine ethnoculturelle	Catégorie d'exposition											Total	
	HARSAH ^a		H/U ^b	UDI ^c		Transmission hétérosexuelle					Autre		
	N	%	N	n	%	OPE ^d	PHR ^e	CH ^f	s/total				
						N	n	n	n	%	n		
Canadienne	255	73,3	15	34	89,5	-	13	35	48	21,2	4	356	54,8
Autochtone	3	0,9	0	3	7,9	-	4	1	5	2,2	0	11	1,7
Américaine	4	1,1	0	0	0,0	-	0	0	0	0,0	0	4	0,6
Europe	23	6,6	0	0	0,0	-	0	2	2	0,9	1	26	4,0
Caraïbes	7	2,0	0	0	0,0	60	2	0	62	27,3	9	78	12,0
Amérique latine	30	8,6	0	0	0,0	0	0	6	6	2,6	1	37	5,7
Asie	11	3,2	0	0	0,0	3	0	8	11	4,9	0	22	3,4
Afrique du Nord et Moyen-Orient	11	3,2	0	1	2,6	0	0	1	1	0,4	0	13	2,0
Afrique subsaharienne	4	1,1	0	0	0,0	90	0	2	92	40,5	7	103	15,9
Total^g	348	100	15	38	100	153	19	55	227	100	22	650	100

^a HARSAH : Homme qui a des rapports sexuels avec d'autres hommes.

^b H/U : Cas à la fois HARSAH et usager de drogues injectables.

^c UDI : Usager de drogues injectables.

^d OPE : Origine d'un pays endémique.

^e PHR : Cas infecté par un partenaire hétérosexuel à risque et non relié à l'OPE.

^f CH : Cas hétérosexuel non relié à l'OPE et non documenté sur le risque du partenaire.

^g Le total exclut 6 cas (3 HARSAH, un UDI, un immigrant d'OPE et un cas hétérosexuel non relié à l'OPE).

4.1.3 PARTICULARITÉ DES CAS SANS NAM

Ils sont comparables à l'ensemble, excepté pour la distribution selon le sexe, l'origine culturelle et la catégorie d'exposition.

Le ratio homme femme pour ces cas est proche de un (1,2 versus 3,4 dans l'ensemble).

Ces cas sont essentiellement des immigrants en provenance d'Afrique subsaharienne (52,0 %), des Caraïbes (19,4 %), d'Amérique du Sud (10,2 %) et d'ailleurs (10,2 %). Les Canadiens de souche représentent 8,2 % des cas sans NAM.

Les deux tiers (67,3 %) sont reliés à l'origine d'un pays endémique⁶, 24,5 % sont des HARSAH, 5,1 % des cas hétérosexuels non reliés aux pays endémiques et 1,0 % des cas UDI.

4.1.4 CHARGE VIRALE ET TAUX DE CD4

Les données de ces variables étaient disponibles pour 452 cas. Parmi ceux-ci :

- 39,8 % avaient un taux de CD4 \geq 500 par ml, 40,9 % entre 200 à 499 et 19,3 % moins de 200.
- 36,1 % avaient une charge virale non détectable au seuil de 40 copies de l'ARN du VIH par ml, 4,2 % entre 40 et 200 copies et 59,7 % plus de 200 par ml.

⁶ La catégorie d'exposition reliée à l'OPE n'inclut pas les HARSAH et UDI en provenance de pays endémiques. La proportion des cas de cette catégorie d'exposition (67,3 %) est inférieure à celle des immigrants de ces pays (71,4 %).

- Parmi les anciens diagnostics : 41,4 % avaient un taux de CD4 \geq 500/ml. La majorité (71,0 %) étaient indétectables au test de la charge virale.
- Dans les nouveaux diagnostics, 37,8 % avaient un taux de CD4 \geq 500/ml et seuls six pour cent étaient indétectables au test de la charge virale.

La charge virale et le taux de CD4 varient selon le sexe, le groupe d'âge, la catégorie d'exposition et l'identité culturelle des cas (tableaux 4 et 5).

Tableau 4 Taux de CD4 selon le sexe, le groupe d'âge et la catégorie d'exposition, 2013

	Anciens diagnostics				Nouveaux diagnostics				Ensemble des cas			
	cas ^a	CD4/ml			cas ^a	CD4/ml			cas ^a	CD4/ml		
		\geq 500	200 à 499	< 200		\geq 500	200 à 499	< 200		\geq 500	200 à 499	< 200
	n	%	%	%	n	%	%	%	n	%	%	%
Sexe												
Hommes	147	41,5	46,3	12,2	192	38,0	37,0	25,0	347	39,2	40,1	20,8
Femmes	63	41,3	46,0	12,7	41	43,9	41,5	14,6	105	41,9	43,8	14,3
Âge												
< 15	0	-	-	-	5	60,0	20,0	20,0	5	60,0	20,0	20,0
15-24	11	63,6	27,3	9,1	24	66,7	25,0	8,3	35	65,7	25,7	8,6
25-34	29	51,7	31,0	17,2	75	49,3	38,7	12,0	106	50,0	35,9	14,2
35-44	43	41,9	51,2	7,0	52	34,6	42,3	23,1	96	38,4	45,8	15,6
45-54	62	40,3	48,4	11,3	50	22,0	42,0	36,0	117	30,8	43,6	25,6
\geq 55	65	33,9	50,8	15,4	27	22,2	33,3	44,4	93	30,1	45,2	24,7
Exposition												
HARSAH	79	41,8	51,9	6,3	147	40,1	38,1	21,8	233	40,3	41,6	18,0
H/U	5	40,0	40,0	20,0	6	83,3	0,0	16,7	11	63,6	18,2	18,2
UDI	17	29,4	52,9	17,7	10	40,0	30,0	30,0	27	33,3	44,4	22,2
OPE	78	39,7	47,4	12,8	39	28,2	43,6	28,2	118	35,6	45,8	18,6
Hétérosexuels	17	29,4	41,2	29,4	26	34,6	42,3	23,1	44	31,8	40,9	27,3
Autre	14	78,6	7,1	14,3	5	60,0	20,0	20,0	19	73,7	10,5	15,8
Origine												
Canadienne	94	39,4	51,1	9,6	140	37,1	37,9	25,0	241	37,8	41,9	20,3
Autochtone	2	0,0	0,0	100	2	50,0	50,0	0,0	4	25,0	25,0	50,0
Américaine	1	0,0	100	0,0	1	100	0,0	0,0	2	50,0	50,0	0,0
Europe	6	66,7	33,3	0,0	7	57,1	28,6	14,3	13	61,5	30,8	7,7
Caraïbes	33	42,4	39,4	18,2	24	54,2	16,7	29,2	57	47,4	29,8	22,8
Amérique centrale et du sud	10	60,0	20,0	20,0	12	33,3	50,0	16,7	22	45,5	36,4	18,2
Asie	7	28,6	57,1	14,3	9	44,4	44,4	11,1	16	37,5	50,0	12,5
Afrique du Nord et Moyen-Orient	2	100	0,0	0,0	8	75,0	25,0	0,0	11	72,7	18,2	9,1
Afrique subsaharienne	53	41,5	47,2	11,3	30	20,0	53,3	26,7	84	33,3	48,8	17,8
Autres	2	0,0	100	0,0	0	-	-	-	2	0,0	100	0,0
Total	210	41,4	46,2	12,4	233	39,1	37,8	23,2	452	39,8	40,9	19,3

^a Nombre des cas pour lesquels le taux de CD4 était disponible.

Tableau 5 Charge virale selon le sexe, le groupe d'âge et la catégorie d'exposition, 2013

	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	148	74,3	3,4	22,3	190	4,2	4,2	91,6	346	34,1	3,8	62,1
Femmes	62	62,9	4,8	32,3	42	14,3	7,1	78,6	105	42,9	5,7	51,4
Âge												
< 15	0	-	-	-	5	0,0	0,0	100	5	0,0	0,0	100
15-24	11	81,8	0,0	18,2	24	8,3	4,2	87,5	35	31,4	2,9	65,7
25-34	28	53,6	0,0	46,4	74	6,8	1,4	91,9	104	19,2	1,0	79,8
35-44	43	72,1	4,6	23,3	53	5,7	7,6	86,8	97	35,1	6,2	58,8
45-54	62	64,5	4,8	30,6	50	6,0	8,0	86,0	117	36,8	5,9	57,3
≥ 55	66	81,8	4,6	13,6	26	3,9	3,9	92,3	93	59,1	4,3	36,6
Exposition												
HARSAH	80	78,8	3,8	17,5	147	5,4	4,1	90,5	234	30,3	3,9	65,8
H/U	5	40,0	0,0	60,0	6	0,0	0,0	100	11	18,2	0,0	81,8
UDI	17	64,7	17,6	17,6	11	0,0	18,2	81,8	28	39,3	17,9	42,9
OPE	77	64,9	2,6	32,5	38	13,2	5,3	88,6	116	47,4	3,5	49,1
Hétérosexuels	17	64,7	0,0	35,3	25	4,0	4,0	92,0	43	27,9	2,3	69,8
Autre	14	85,7	0,0	14,3	5	0,0	0,0	100	19	63,2	0,0	36,8
Origine												
Canadienne	95	77,9	5,3	16,8	139	5,0	3,6	91,4	241	33,6	4,2	62,4
Autochtone	2	0,0	0,0	100	3	0,0	33,3	66,7	5	0,0	20,0	80,0
Américaine	1	100	0,0	0,0	1	0,0	0,0	100	2	50,0	0,0	50,0
Europe	6	100	0,0	0,0	8	0,0	0,0	100	14	42,8	0,0	57,1
Caraïbes	33	69,7	0,0	30,3	23	8,7	17,4	73,9	56	44,6	7,1	48,2
Amérique centrale et du sud	10	70,0	0,0	30,0	12	8,3	0,0	91,7	22	36,4	0,0	63,6
Asie	7	28,6	0,0	71,4	8	12,5	0,0	87,5	15	20,0	0,0	80,0
Afrique du Nord et Moyen-Orient	2	50,0	50,0	0,0	8	12,5	0,0	87,5	11	18,2	9,1	72,7
Afrique subsaharienne	52	65,4	3,9	30,8	30	6,7	3,3	90,0	83	43,4	3,6	53,0
Autres	0	-	-	-	0	-	-	-	2	50,0	0,0	50,0
Total	210	71,0	3,8	25,2	232	6,0	4,7	89,2	451	36,1	4,2	59,7

^a Nombre des cas pour lesquels la charge virale était disponible.

4.2 Les nouveaux diagnostics

4.2.1 DISTRIBUTION PAR GROUPE D'ÂGE

Chez les hommes, 12,8 % des nouveaux diagnostics sont âgés entre 15 et 24 ans, 30,1 % de 25 à 34 ans, 21,6 % de 35 à 44 ans, 22,0 % de 45 à 54 ans, et 12,1 %, 55 ans ou plus.

Chez les femmes, 9,7 % sont âgées de 15 à 24 ans, 32,3 % de 25 à 34 ans, 22,6 % entre 35 et 44 ans, 21,0 % de 45 à 54 ans, et 9,7 % de 55 ans ou plus (figure 2).

En 2013, l'âge médian des nouveaux diagnostics est de 35,5 ans chez les femmes et de 37,0 ans chez les hommes (tableau 6).

Figure 2 Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS par groupe d'âge et sexe, 2013

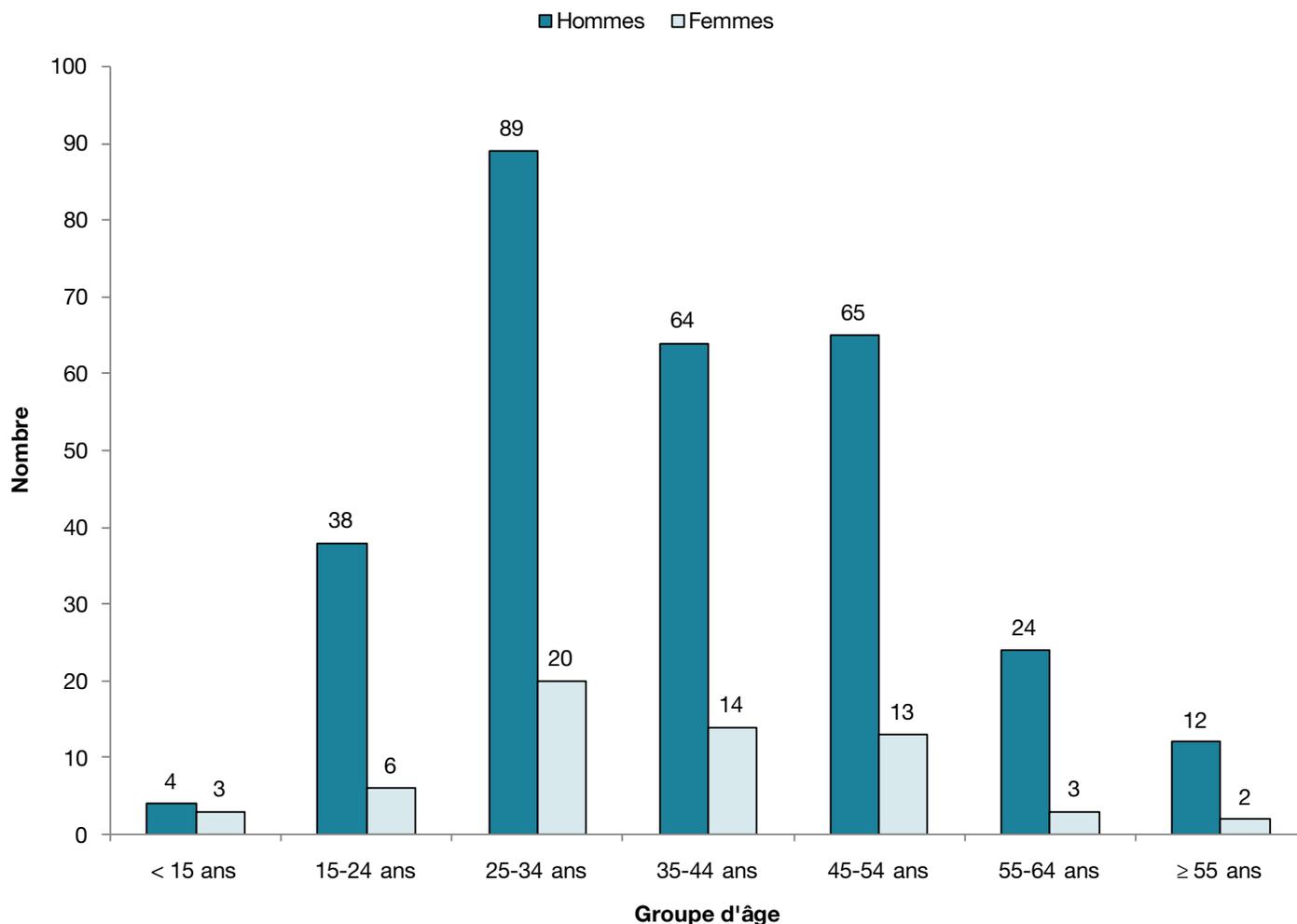


Tableau 6 Âge moyen et médian (en ans) des NOUVEAUX DIAGNOSTICS, 2004-2013

Année	Hommes			Femmes		
	Total des cas	Âge moyen	Âge médian	Total des cas	Âge moyen	Âge médian
2004	305	40,8	41,0	87	37,6	38,0
2005	337	40,1	40,0	83	36,7	39,0
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	296	39,1	37,0	62	37,5	35,5

4.2.2 RÉPARTITION PAR SEXE ET RÉGION DE RÉSIDENCE

Plus de quatre-vingts pour cent (82,7 %) des cas nouvellement diagnostiqués en 2013 sont de sexe masculin.

Chez les femmes, 14,5 % l'ont été en consultations pour grossesse.

Parmi les personnes nouvellement diagnostiquées en 2013, 61,5 % habitaient à Montréal, 10,3 % dans la région de la Montérégie, 6,7 % dans la Capitale-Nationale. Les autres régions contribuent pour moins de 5 % chacune, excepté cinq qui ne rapportent de nouveau diagnostic en 2013 (tableau 7).

Rapporté à la population du Québec, le taux est de 4,4 nouveaux diagnostics pour 100 000 habitants. La région de Montréal se démarque par un taux nettement supérieur à la moyenne provinciale (tableau 8).

Chez les hommes, le taux est de 7,4 pour 100 000 résidents; le taux le plus élevé est observé dans le groupe de 30-34 ans (tableau 9).

Pour les femmes, le taux est de 1,5 nouveau diagnostic pour 100 000 résidentes; il est le plus élevé parmi celles de 25-29 ans (tableau 9).

4.2.3 CATÉGORIES D'EXPOSITION

Chez les hommes, le nombre des nouveaux diagnostics est de 296. Les trois quarts (76,4 %) sont des HARSAH (79,1 % en comptant les HARSAH/UDI), 8,1 % des immigrants de pays endémiques, 9,1 % des cas hétérosexuels d'origine canadienne ou de pays non endémiques et 2,0 % des UDI (4,7 % en incluant les HARSAH/UDI) (figure 3).

Chez les femmes, le nombre des nouveaux diagnostics est de 62. La moitié (53,2 %) sont des immigrantes de pays endémiques, un quart (25,8 %) des femmes hétérosexuelles originaires du Canada ou de pays non endémiques, et 17,7 % des femmes UDI (figure 4).

Cinq nouveaux diagnostics d'infection par transmission verticale ont été rapportés pour des immigrants infectés à la naissance dans leurs pays d'origine.

Aucun nouveau diagnostic n'est relié aux dons de sang en 2013.

Deux nouveaux diagnostics (deux enfants nés au Canada d'une mère séronégative) n'ont pu être reliés à une catégorie d'exposition en nous basant sur les informations recueillies dans le cadre du programme.

Parmi les nouveaux diagnostics sans NAM, on compte 20 immigrants de pays endémiques, 9 HARSAH, un HARSAH/UDI et un cas d'origine canadienne infecté par des rapports hétérosexuels non protégés.

Tableau 7 Taux des NOUVEAUX DIAGNOSTICS par 100 000 habitants, par région, 2009-2013

Région	2009		2010		2011		2012		2013	
	n	Taux								
01	2	1,0	2	1,0	2	1,0	8	4,0	4	2,1
02	3	1,1	4	1,5	2	0,7	5	1,9	3	1,1
03	24	3,5	24	3,5	28	4,0	31	4,5	24	3,4
04	2	0,4	13	2,6	3	0,6	20	4,0	13	2,6
05	7	2,3	5	1,6	13	4,2	5	1,6	10	3,2
06	182	9,6	215	11,2	192	10,0	182	9,4	220	11,3
07	10	2,8	8	2,2	14	3,6	4	1,1	9	2,4
08	3	2,1	0	0,0	1	0,7	1	0,7	2	1,4
09	2	2,1	3	3,2	0	0,0	1	1,1	0	0,0
10	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0
11	1	1,1	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,6
12	6	1,5	2	0,5	2	0,5	3	0,7	6	1,5
13	17	4,4	16	4,0	17	4,2	11	2,7	15	3,6
14	13	2,8	4	0,9	10	2,1	7	1,5	6	1,2
15	9	1,7	7	1,3	8	1,4	9	1,6	9	1,6
16	26	1,8	38	2,6	27	1,9	36	2,4	37	2,5
17	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Province	307	3,9	341	4,3	321	4,0	323	4,0	358	4,4

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.

Tableau 8 Taux des NOUVEAUX DIAGNOSTICS par 100 000 habitants par sexe à Montréal versus hors Montréal, 2012-2013

	Chez les hommes				Chez les femmes				Dans l'ensemble			
	2012		2013		2012		2013		2012		2013	
	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux
Montréal	148	15,5	185	19,3	34	3,5	35	3,5	182	9,4	220	11,3
Hors Montréal	120	4,0	111	3,6	21	0,7	27	0,9	141	2,3	138	2,3
Province	268	6,7	296	7,4	55	1,4	62	1,5	323	4,0	358	4,4

Tableau 9 Taux des NOUVEAUX DIAGNOSTICS par 100 000 habitants, par sexe et groupe d'âge, 2012-2013

Âge (ans)	Chez les hommes				Chez les femmes				Dans l'ensemble			
	2012		2013		2012		2013		2012		2013	
	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	1	0,5	2	1,2	1	0,6	2	0,6	2	0,6
5-9	0	0,0	2	0,9	0	0,0	1	0,5	0	0,0	3	0,7
10-14	0	0,0	1	0,5	1	0,5	1	0,5	1	0,2	2	0,5
15-19	6	2,5	6	2,5	0	0,0	0	0,0	6	1,3	6	1,3
20-24	31	11,7	32	11,9	8	3,2	6	2,3	39	7,5	38	7,2
25-29	25	9,6	33	12,9	9	3,6	10	4,0	34	6,7	43	8,5
30-34	56	19,5	56	19,5	5	1,8	10	3,6	61	10,8	66	11,7
35-39	33	12,2	37	13,4	11	4,3	10	3,8	44	8,4	47	8,7
40-44	29	10,9	27	10,2	4	1,6	4	1,6	33	6,4	31	6,0
45-49	39	12,5	35	11,7	5	1,7	4	1,4	44	7,2	39	6,6
50-54	28	8,7	30	9,3	5	1,6	9	2,8	33	5,1	39	6,1
55-59	9	3,1	16	5,4	1	0,3	2	0,7	10	1,7	18	3,0
60-64	7	2,8	8	3,2	3	1,2	2	0,8	10	2,0	10	1,9
≥ 65	5	0,9	12	2,0	1	0,1	2	0,3	6	0,1	14	0,2
Total	268	6,7	296	7,4	55	1,4	62	1,5	323	4,0	358	4,4

Figure 3 Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS chez les HOMMES, par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2004-2013

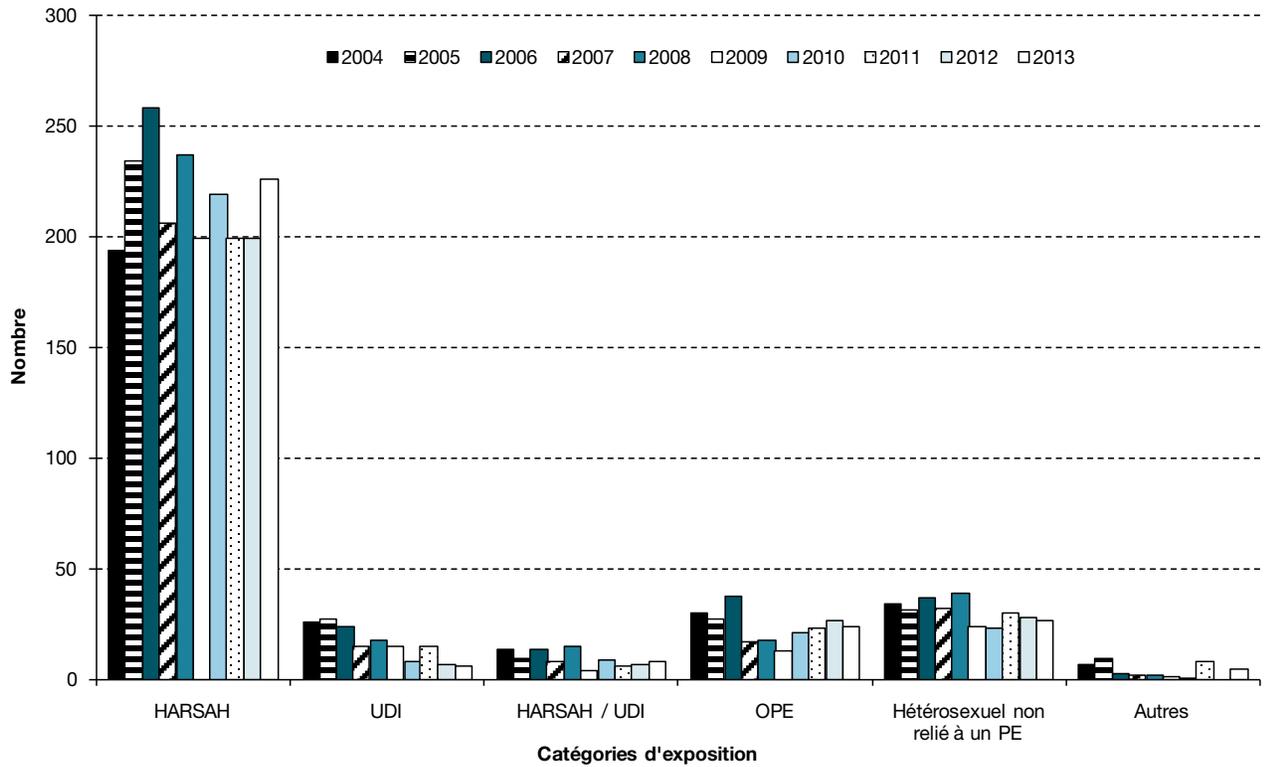
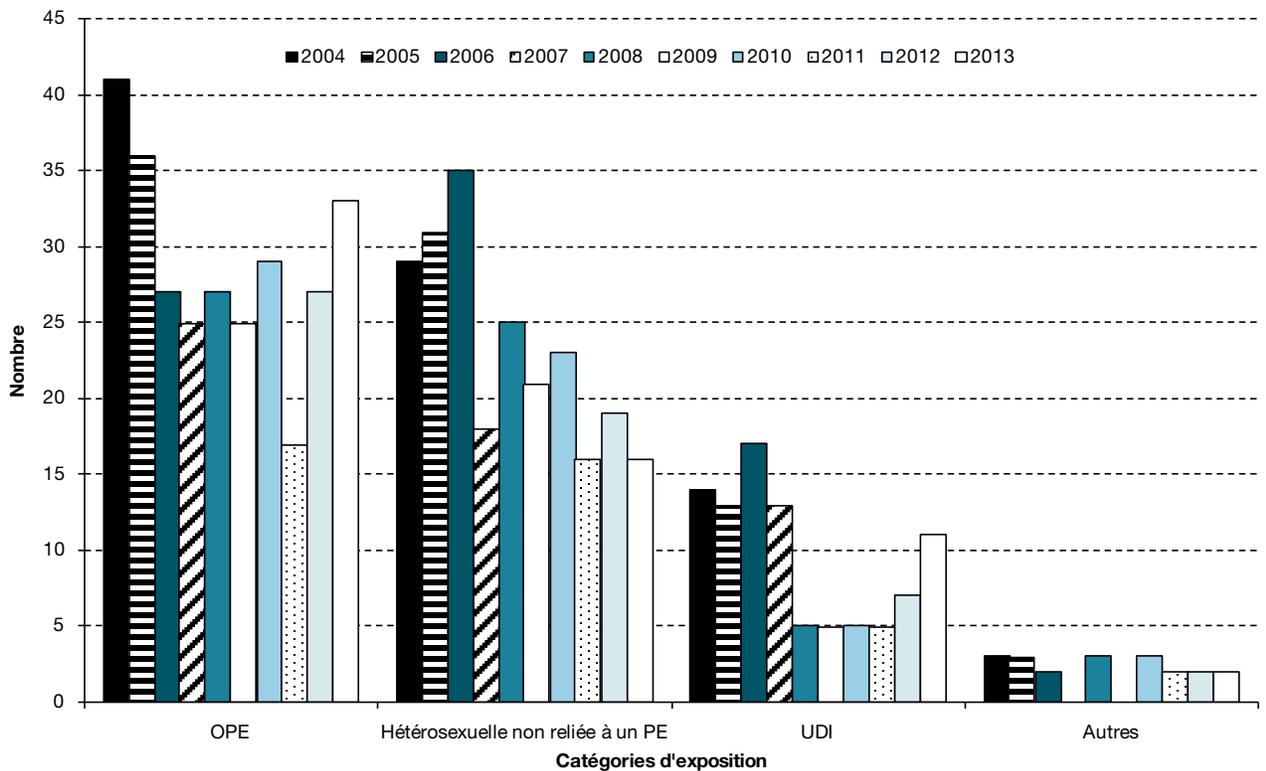


Figure 4 Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS chez les FEMMES, par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2004-2013



4.2.4 DÉPISTAGE ANTÉRIEUR ET PROPORTION DES DÉPISTAGES TARDIFS

Près de la moitié (45 %) des nouveaux diagnostics en 2013 et plus de 60 % dans le groupe de ≥ 55 ans et chez les femmes, n'avaient jamais eu de dépistage du VIH auparavant (tableau 10).

Cette proportion reste élevée chez les HARSAH, les UDI et les immigrants de pays endémiques.

Un dépistage est recommandé au moins une fois par année aux personnes appartenant à ces trois groupes de population à risque. Le dernier test négatif datait de plus d'un an dans la majorité (55,2 %) de leurs nouveaux diagnostics rapportant un dépistage antérieur négatif.

Tableau 10 Proportion des NOUVEAUX DIAGNOSTICS selon qu'ils avaient un test antérieur négatif ou non, 2013

	Total des cas n	Jamais testé auparavant %	Denier test négatif		
			non daté %	< 12 mois %	≥ 12 mois %
Exposition					
HARSAH	226	31,9	4,9	25,2	38,1
HARSAH/UDI	8	25,0	0,0	50,0	25,0
Pays endémique	57	75,4	5,3	5,3	14,0
Hétérosexuels	43	67,4	4,7	0,0	27,9
UDI	17	47,1	0,0	23,5	29,4
Autre	7	100,0	0,0	0,0	0,0
Âge					
< 15	7	100,0	0,0	0,0	0,0
15-24	44	47,7	0,0	29,6	22,7
25-34	109	38,5	2,8	23,9	34,9
35-44	78	37,2	3,9	23,1	35,9
45-54	78	46,2	7,7	10,3	35,9
≥ 55	42	61,9	9,5	7,1	21,4
Sexe					
Hommes	296	41,2	4,7	21,6	32,4
Femmes	62	62,9	3,2	6,5	27,4
Total	358	45,0	4,5	19,0	31,6

Quarante pour cent (40,9 %) des nouveaux diagnostics avaient des taux de CD4 < 500/ml. Cette proportion inclut 15,5 % avec des taux < 200, qui étaient déjà rendus au stade des infections chroniques ou du sida.

4.2.5 TENDANCE DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS AU COURS DES DIX DERNIÈRES ANNÉES

La tendance est à la baisse dans l'ensemble (p de tendance linéaire < 0,05), même si le nombre des nouveaux diagnostics a augmenté de 10,8 % en 2013 comparativement à 2012 (figures 5 à 9).

La moyenne des nouveaux diagnostics a diminué de 17,3 %, passant de 399 par an dans la période 2004-2008 à 330 pendant les cinq années suivantes. Elle diminue de 15,1 % chez les hommes (325 par an entre 2004 et 2008 et 276 depuis) et de 26,0 % chez les femmes (73 cas par an en 2004-2008 et 59 depuis)

La moyenne excluant les cas sans NAM pour la période 2009-2013 reste inférieure à l'estimation correspondante pour les cinq années précédentes. Elle est de 316 nouveaux diagnostics par an (267 chez les hommes et 49 chez les femmes).

La tendance globale à la baisse cache une tendance à la hausse chez les jeunes HARSAH (< 35 ans; $p = 0,03$) (figures 10 à 12).

Pour la population des HARSAH, on observe une tendance significative à la hausse pour les 15-24 ans ($p < 0,01$) et à la baisse dans le groupe de 35-44 ans ($p = 0,02$), ainsi que des variations non statistiquement significatives, allant à la hausse dans les groupes 25-34 ans et ≥ 55 ans et à la baisse parmi les 45-54 ans.

Figure 5 Nombre des nouveaux et des anciens diagnostics par année du prélèvement, 2004-2013

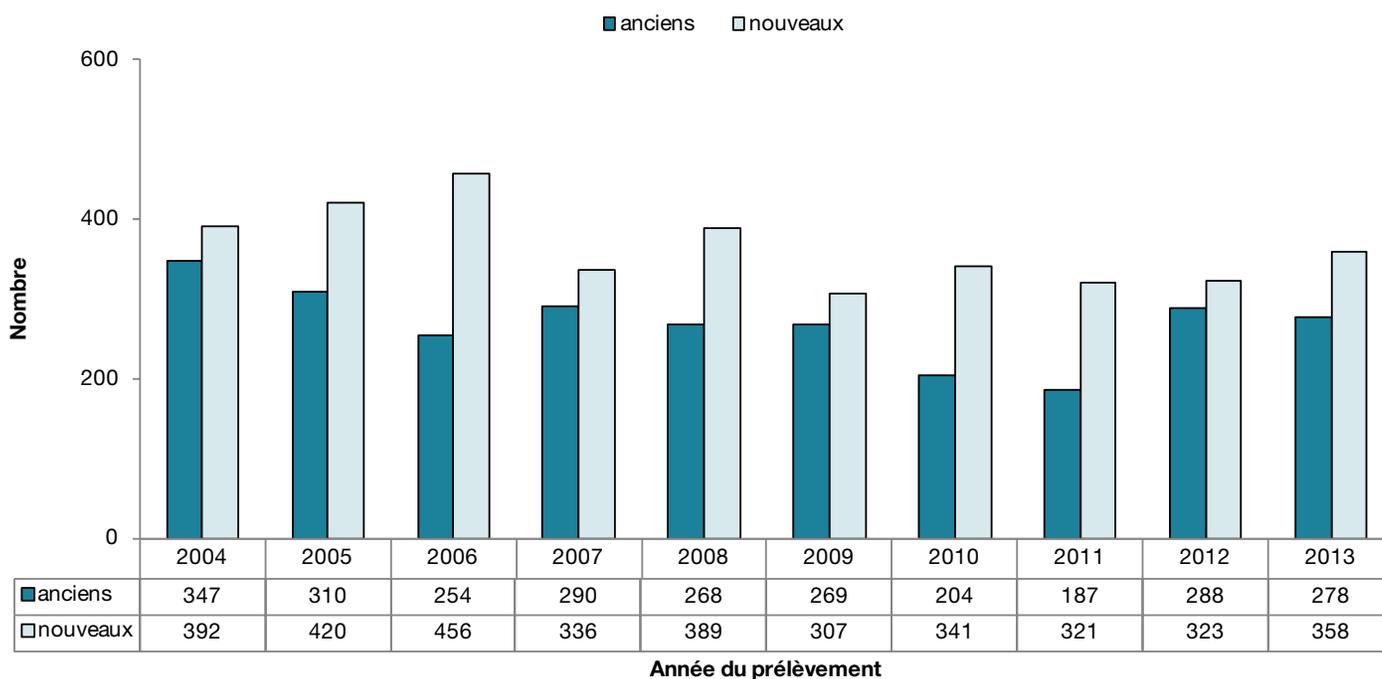


Figure 6 Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS par sexe et année du prélèvement, 2004-2013

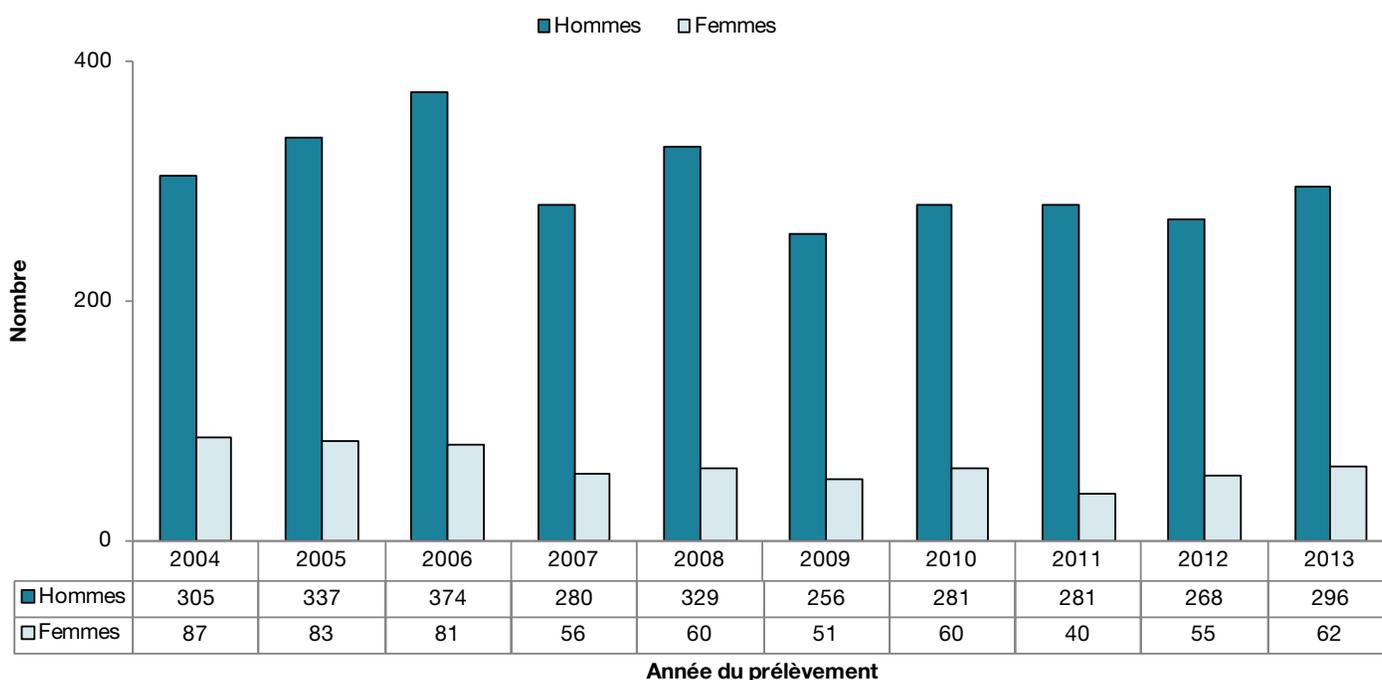


Figure 7 Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS reliés à l'ORIGINE de PAYS ENDÉMIQUES par sexe et année du prélèvement, 2004-2013

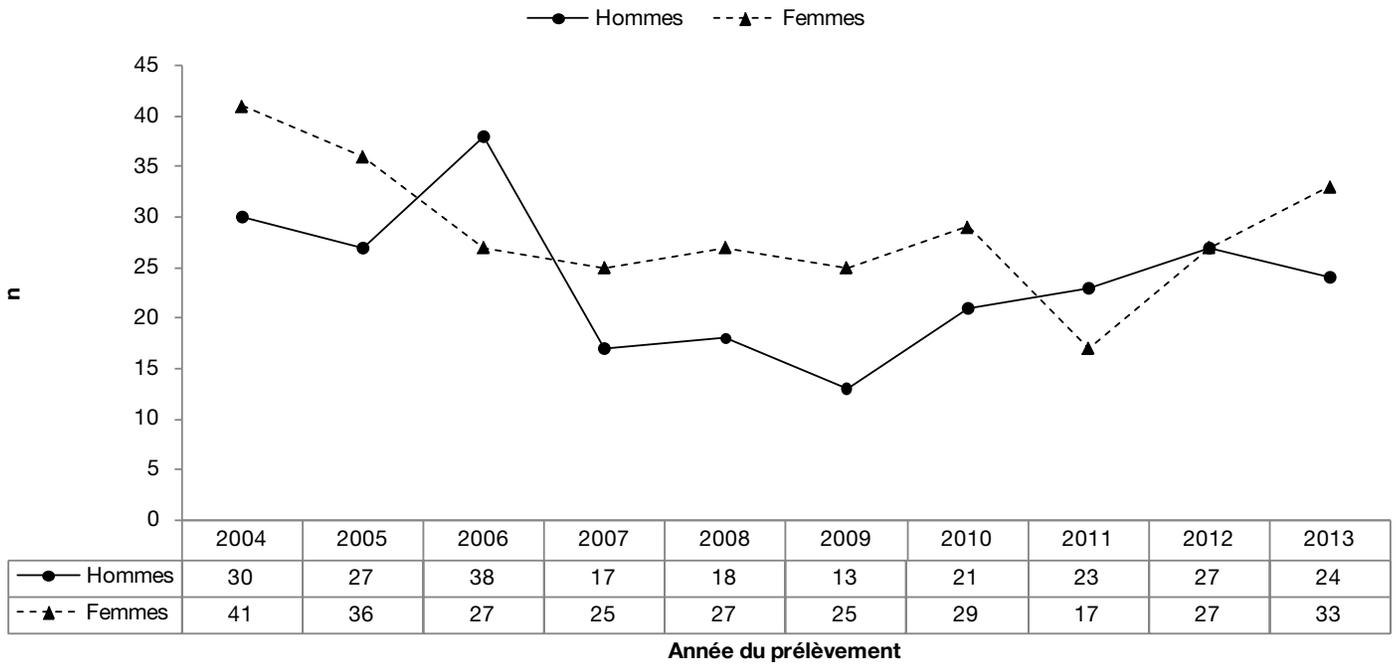


Figure 8 Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS d'infections hétérosexuelles non reliés aux pays endémiques, par sexe et année du prélèvement, 2004-2013

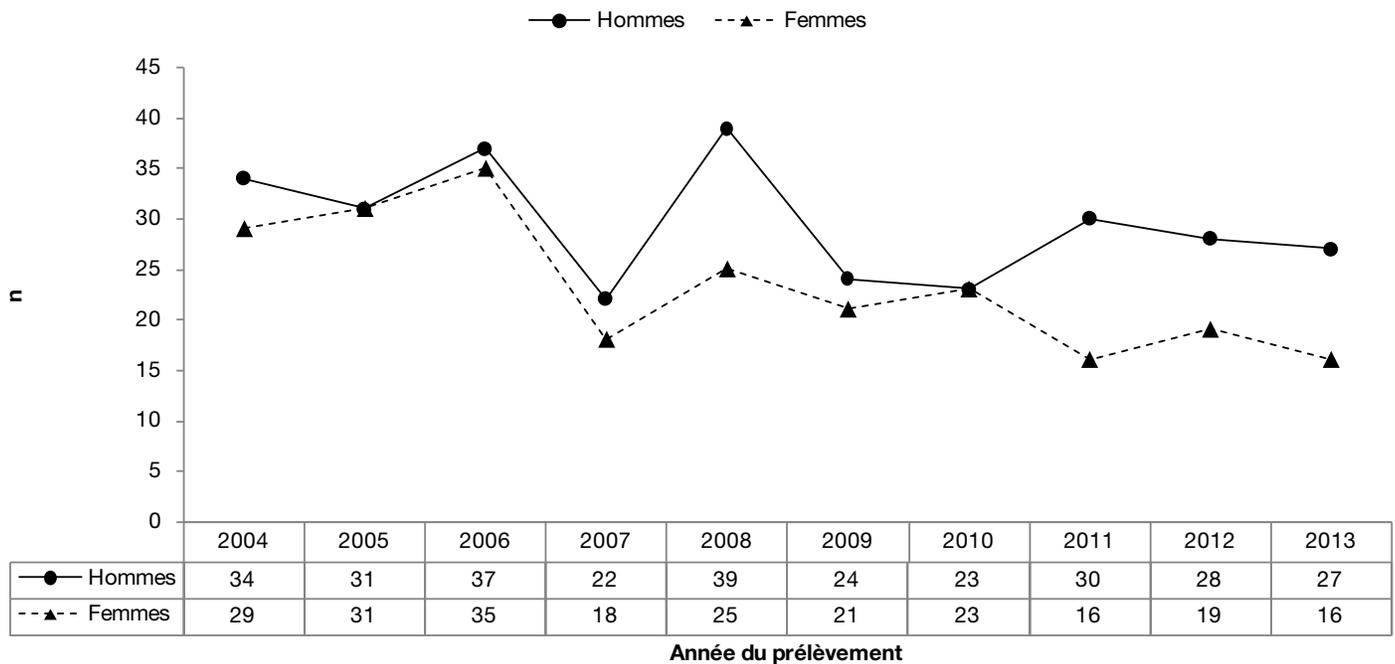


Figure 9 Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS des UDI, par sexe et année du prélèvement, 2004-2013

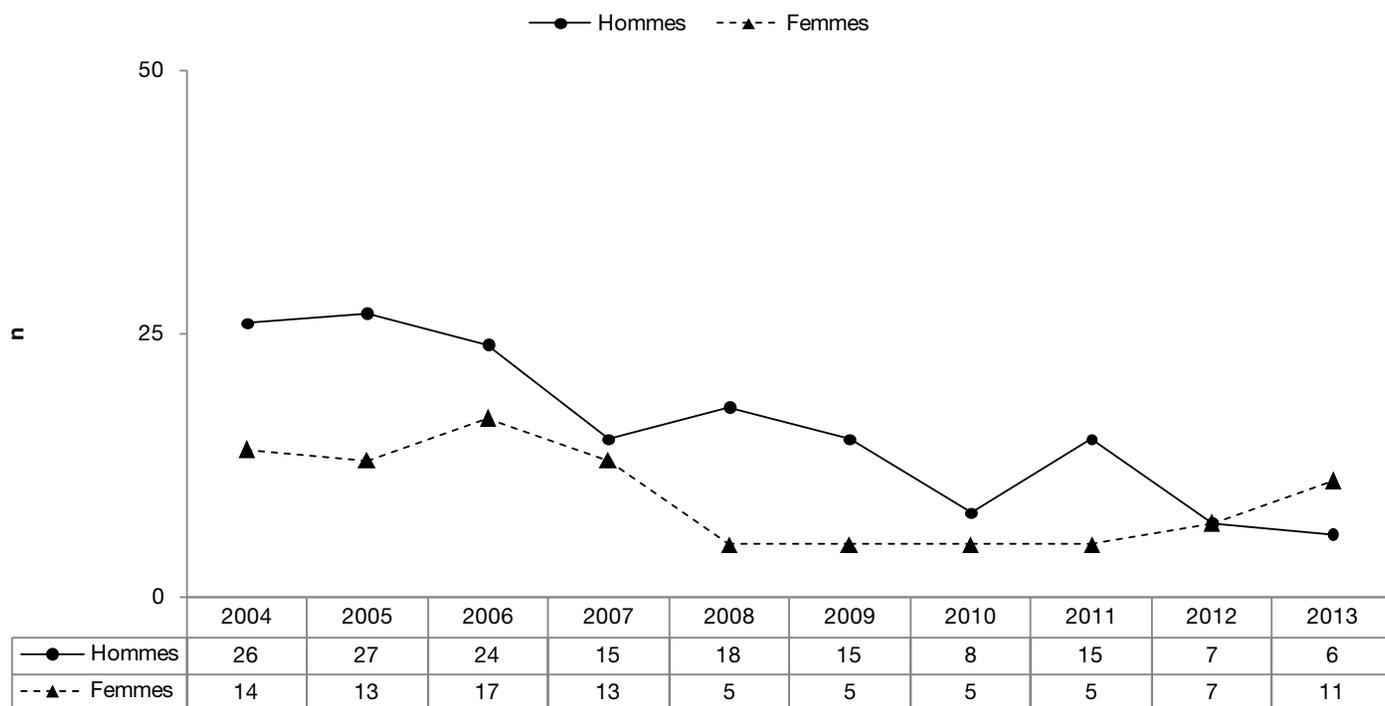


Figure 10 Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS des HARSAH, par groupe d'âge et année du prélèvement, 2004-2013

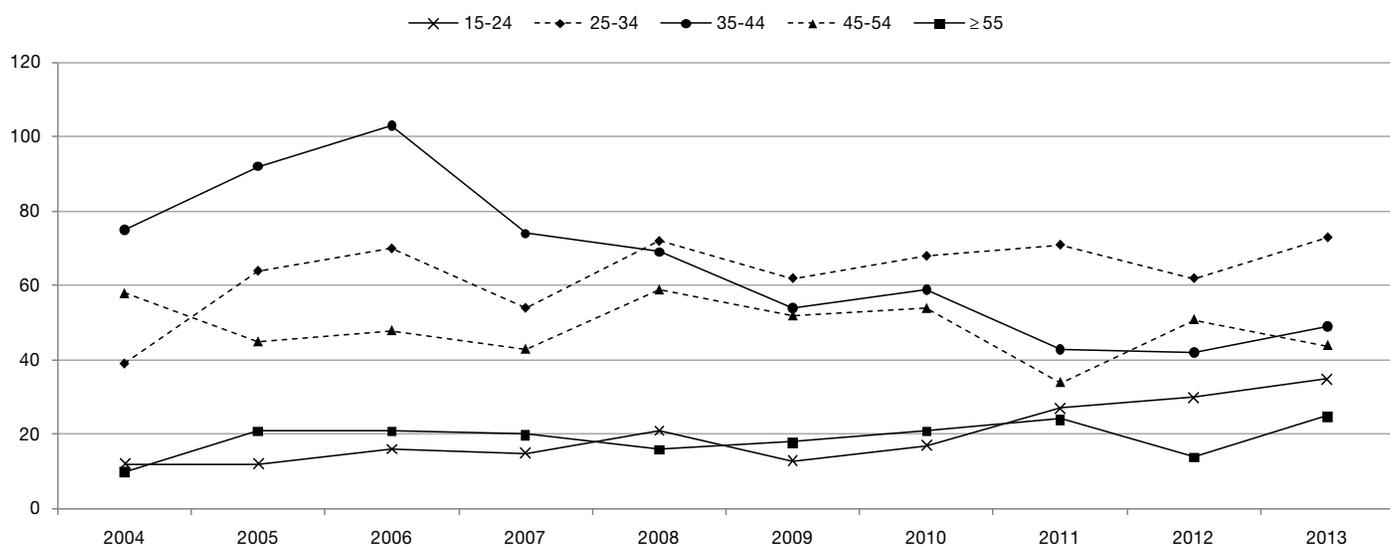


Figure 11 Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS de < 35 ans, par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2004-2013

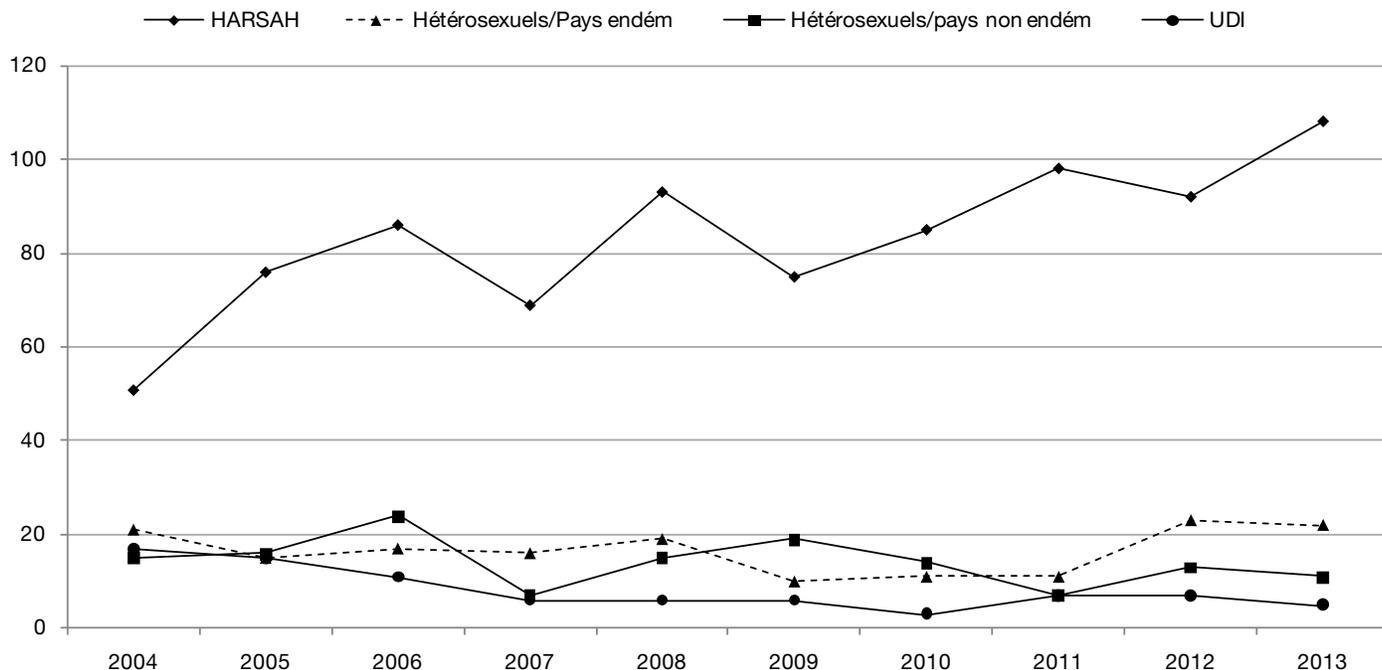
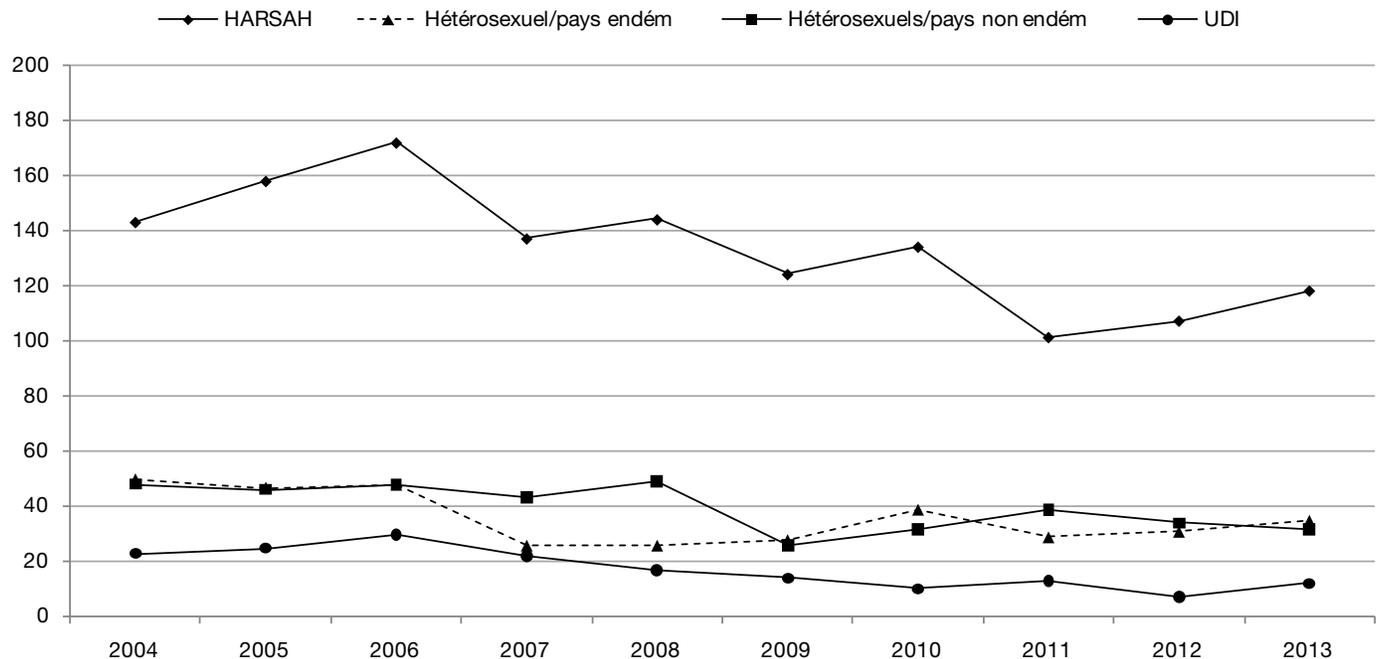


Figure 12 Nombre des NOUVEAUX DIAGNOSTICS de ≥ 35 ans, par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2004-2013



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 qui sont enregistrés; tandis qu'elles excluent les cas confirmés qui ne sont pas enregistrés, et les PVVIH non dépistées qui ignorent qu'elles ont le VIH. Un peu plus d'un quart des PVVIH ne seraient pas diagnostiquées selon l'Agence de la santé publique du Canada⁷.

Les nouveaux diagnostics ne représentent pas 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.

La tendance des nouveaux diagnostics ne peut être interprétée en termes d'incidence. La majorité ($\geq 80\%$) des infections nouvellement diagnostiquées depuis le début du programme pouvaient être récentes ou anciennes. Elles l'ont été auprès d'individus qui n'avaient jamais eu de dépistage auparavant ou dont le dernier test négatif datait de plus d'un an.

La proportion des infections récentes dépend des comportements de recours au dépistage dans les groupes de population à risque. Les données du programme ne permettent pas de l'examiner en lien avec la fréquence du dépistage du VIH.

Le nombre des nouveaux diagnostics est sous-estimé. Des PVVIH dépistées en 2013 n'ont pu être enregistrées pour différentes raisons. Plusieurs raisons peuvent expliquer le non-enregistrement d'un cas confirmé : 1) absence de réponse du professionnel de santé contacté pour la collecte des données, 2) test

anonyme, 3) test confirmé pour une étude de recherche, 4) test fait à la demande de Héma-Québec, 5) test positif chez un résidant hors province, 6) test fait par erreur (mauvaise interprétation de la prescription) et 7) manque d'information (données épidémiologiques non disponibles auprès du professionnel qui a diagnostiqué le cas).

La proportion d'indétectables parmi les anciens diagnostics est difficile à interpréter en l'absence d'un suivi épidémiologique minimal pour préciser le contexte de la charge virale observée. Plusieurs facteurs peuvent influencer la charge virale (progression de la maladie, état de santé général, efficacité du traitement, etc.). Pour une PVVIH donnée, l'important est de détecter des tendances constantes de la charge virale, qu'elles soient à la hausse ou à la baisse.

Les anciens diagnostics sont définis par un test antérieur positif qui n'avait pas mené à leur enregistrement au programme. Celui-ci ne permet pas de déterminer le nombre de ces cas qui avaient eu ce dépistage positif en dehors du Québec versus ceux qui l'avaient eu au Québec et étaient donc connus des services de santé du Québec depuis.

5.2 Interprétation des résultats

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

La transmission du VIH est toujours importante chez les HARSAH, qui représentent une part croissante des nouveaux diagnostics.

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

Avec plus de dix pour cent des nouveaux diagnostics d'infections par des rapports hétérosexuels, la transmission hétérosexuelle contribue à la persistance de l'épidémie au Québec.

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

⁷ Agence de la santé publique du Canada. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et contrôle des maladies infectieuses. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Les infections à VIH existantes au Canada : près du quart ne seraient pas diagnostiquées. Novembre 2007.

réseau SurvUDI⁸. Elle pourrait aussi être en partie associée à la diminution de la population UDI⁹ qui est rapportée dans la période 1996-2010.

La transmission verticale du VIH est devenue relativement 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 de cette catégorie d'exposition depuis le début du programme 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 dans cette catégorie d'exposition depuis 2002 sont rapportés pour des personnes présumées infectées avant les mesures de sécurité des dons de sang ou à l'extérieur du Canada. La majorité avaient plus de 45 ans et les rares cas plus jeunes étaient des immigrants.

La proportion des nouveaux diagnostics qui n'avait jamais eu de dépistage du VIH auparavant reste élevée dans les groupes à risque pour lesquels un dépistage est recommandé au moins une fois par année, par exemple les immigrants de pays endémiques, les personnes qui s'injectent ou inhalent des drogues et les HARSAH¹⁰.

Le dernier test négatif datait de plus d'un an dans la majorité de leurs nouveaux diagnostics rapportant un dépistage antérieur négatif.

Les taux de CD4 donnent une idée de l'état du système immunitaire. Des taux supérieurs à 500 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 et une plus grande vulnérabilité aux infections. Des taux inférieurs à 200 reflètent un système immunitaire très affaibli. Avec plus de la moitié des nouveaux diagnostics qui avaient moins de 500 lymphocytes CD4 par ml, dont quinze pour cent ayant moins de 200 et déjà rendus au stade des infections chroniques ou du sida, le diagnostic a été souvent tardif en 2013.

La tendance des nouveaux diagnostics à la hausse chez les jeunes HARSAH peut être une indication d'une possible transmission à la hausse dans ce groupe de population. La surveillance des autres ITSS montre une augmentation de celles-ci au Québec¹¹, faisant croire à une augmentation des comportements sexuels à risque.

Un des objectifs de l'avis «Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH» diffusé en 2011¹², était d'augmenter la proportion de personnes infectées qui connaissent leur statut. Dans ce contexte, la tendance à la hausse chez les jeunes HARSAH peut être une indication d'une amélioration de la couverture du dépistage chez ces jeunes hommes, surtout chez les plus à risque. Les données disponibles sur les tests de dépistage réalisés annuellement ne sont pas ventilées par groupe d'âge ou de population à risque. Par conséquent, elles ne permettent pas de vérifier cette hypothèse.

6 Conclusion

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

L'infection reste concentrée dans des groupes de population à risque. Les hommes et particulièrement ceux qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes sont les plus touchés. Les rapports hétérosexuels non protégés représentent le principal mode de transmission chez les femmes et dans cette

⁸ 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 2010, Épidémiologie du VHC de 2003 à 2010. Institut national de santé publique du Québec, août 2012.

⁹ Leclerc P, Fall A, Morissette C. Estimation de la taille et caractérisation de la population utilisatrice de drogues par injection à Montréal. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, juin 2013.

¹⁰ 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.

¹¹ Venne S, Lambert G, Fadel R, Minzunza S. Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang, de l'hépatite C, de l'infection par le VIH et du sida au Québec. Année 2012 et projections 2013.

¹² Drouin M.C., Fleury E., Steben M. Avis Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH au Québec. Institut national de santé publique du Québec, juillet 2011.

population, la majorité des cas sont des immigrantes de
pays où l'infection par le VIH est endémique.

Les données supportent l'hypothèse d'une possible
transmission à la hausse chez les jeunes HARSAH.

services maladies infectieuses santé services
et innovation microbiologie toxicologie prévention des maladies chroniques
santé au travail innovation santé au travail impact des politiques publiques
impact des politiques publiques développement des personnes et des communautés
promotion de saines habitudes de vie recherche services
santé au travail promotion, prévention et protection de la santé impact des politiques
sur les déterminants de la santé recherche et innovation services de laboratoire et diagnostic
recherche surveillance de l'état de santé de la population

www.inspq.qc.ca