

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

RAPPORT ANNUEL 2015



SOMMAIRE

Décembre 2016

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

Au Québec, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) fait l'objet d'une collecte de données épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population depuis avril 2002. Ce rapport décrit les principales caractéristiques des cas enregistrés en 2015, ainsi que la tendance du nombre annuel de nouveaux diagnostics depuis 2006.

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).

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.

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.

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 aussi 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 de ces 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.

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

RAPPORT ANNUEL 2015

AUTEURS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

©Gouvernement du Québec (2016)

N° de publication : 2192 – Sommaire.