



Le VIH au Canada : Rapport de surveillance, 2017

N Haddad¹, JS Li¹, S Totten¹, M McGuire^{1,*}

Résumé

Contexte : Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) représente un enjeu mondial de santé publique; en effet, on estime à 1,8 million le nombre de personnes nouvellement infectées en 2017.

Objectif : Fournir un aperçu descriptif des cas de VIH signalés au Canada par emplacement géographique, sexe, groupe d'âge, catégorie d'exposition, et race ou origine ethnique de 1985 à 2017, en ciblant les plus récentes données.

Méthodes : L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) surveille le VIH par l'entremise du système national de surveillance du VIH et du sida, un système passif basé sur la déclaration des cas, qui recueille des données non nominales transmises de façon volontaire et validées par les provinces et territoires canadiens. Les sources de données additionnelles présentées ici incluent les données du dépistage médical du VIH aux fins d'immigration soumises par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et les données sur les nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale soumises par le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC). Les données ont été recueillies, les tableaux et les figures ont été préparés et les statistiques descriptives ont été appliquées par l'ASPC et validées par chaque province et territoire.

Résultats : Un total de 2 402 nouveaux diagnostics de VIH ont été signalés en 2017 au Canada, ce qui représente une augmentation de 3 % par rapport à 2016 et une augmentation de 17,1 % depuis 2014. Le taux national de diagnostics a augmenté légèrement, de 6,4 pour 100 000 habitants en 2016 à 6,5 pour 100 000 habitants en 2017. En 2017, tandis que l'Ontario continuait d'afficher le nombre le plus élevé ($n = 935$) et la proportion la plus élevée (38,9 %) de cas de VIH signalés, la Saskatchewan a enregistré le taux le plus élevé de diagnostics provinciaux (15,5 pour 100 000 habitants). En 2017, le taux de diagnostics chez les hommes s'établissait à 9,9 pour 100 000 habitants, ce qui était plus élevé que chez les femmes, soit 3,2 pour 100 000 habitants. Tout comme en 2016, le groupe d'âge de 30 à 39 ans a affiché le taux de diagnostics de VIH le plus élevé, à 14,8 pour 100 000 habitants. La catégorie d'exposition des « hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » (hommes gais, bisexuels et HARSAH) continuait de représenter près de la moitié (46,4 %) de tous les cas signalés chez les adultes. Le nombre absolu d'immigrants séropositifs entrant au Canada a augmenté en 2017, pour un total de 835. Une transmission du virus de la mère à l'enfant a été confirmée chez une mère qui n'avait pas reçu de thérapie antirétrovirale (TA) en période périnatale et deux transmissions ont été confirmées chez des mères qui avaient reçu une TA en période périnatale.

Conclusion : Tout comme les changements annuels qui ont été signalés depuis 2014, le nombre et le taux de cas de VIH signalés au Canada en 2017 ont augmenté légèrement par rapport à l'année précédente. Des données et des analyses supplémentaires seraient nécessaires afin de déterminer la mesure dans laquelle ces conclusions reflètent une augmentation de la transmission du VIH, une augmentation des tests de VIH, des changements apportés aux pratiques de déclaration et une augmentation du nombre de personnes séropositives migrant au Canada.

Affiliation

¹ Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

*Correspondance :

phac.hass.aspc@canada.ca

Citation proposée : Haddad N, Li JS, Totten S, McGuire M. Le VIH au Canada, Rapport de surveillance, 2017. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2018;44(12):367-76. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v44i12a03f>

Mots-clés : VIH, surveillance, gais, bisexuels, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, utilisateurs de drogues par injection, VIH périnatal, contact hétérosexuel, Autochtones



Introduction

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un facteur contributif important à la charge mondiale de morbidité et continue d'être un enjeu de santé publique d'envergure. En 2010, le VIH était la principale cause mondiale des années de vie corrigées en fonction de l'incapacité pour les personnes du groupe d'âge de 30 à 44 ans et la cinquième cause pour tous les groupes d'âge (1). Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) (2) estimait qu'à la fin de 2017, il y avait dans le monde 36,9 millions de personnes aux prises avec le VIH et qu'au mois de juin 2017, 21,7 millions de personnes recevaient une thérapie antirétrovirale (TA) (2,3). En l'absence d'un traitement curatif de l'infection par le VIH, la TA a permis de contrôler l'infection et d'en minimiser la transmission, assurant ainsi que les personnes aux prises avec le VIH, y compris les femmes enceintes et les populations à risque, mènent une vie saine et productive.

L'objectif de cet article consiste à fournir un aperçu descriptif de l'épidémiologie de tous les diagnostics signalés de VIH au Canada, jusqu'à la fin de 2017, par province ou territoire, sexe, groupe d'âge, catégorie d'exposition et race ou origine ethnique. Les données du Dépistage médical du VIH aux fins d'immigration, ainsi que le nombre de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale et la proportion de ces nourrissons recevant une TA sont également présentés.

Méthodes

Sources de données

Les données présentées dans ce rapport de surveillance du VIH proviennent de trois sources différentes : le Système national de surveillance du VIH/sida de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), le Dépistage médical du VIH aux fins d'immigration provenant d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) et le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC).

Système national de surveillance du VIH/sida

Le Système national de surveillance du VIH/sida est un système de surveillance passif, basé sur les cas, qui recueille des données non nominales sur les personnes séropositives. Des détails sur les méthodes du Système national de surveillance du VIH/sida, y compris les processus de collecte de données, la gestion des données, le contrôle de la qualité des données, l'analyse, ainsi que la classification et la catégorisation des sous-groupes de population ont précédemment été décrits en détail (4) : les autorités en matière de santé publique provinciales et territoriales fournissent volontairement à l'ASPC leurs données, notamment l'âge, le sexe, la race ou l'origine ethnique et les risques associés à la transmission du VIH (catégories d'exposition). Fait à noter : le Québec ne soumet pas à l'ASPC de renseignements sur la catégorie d'exposition ni sur la race ou l'origine ethnique pour les cas de VIH; pour l'Ontario, aucune

donnée sur la race ou l'origine ethnique n'était disponible pour les cas de VIH signalés avant 2009; et les données sur la race ou l'origine ethnique pour la Colombie-Britannique n'ont pas été soumises pour l'année de déclaration en cours et toutes les données historiques sur l'origine ethnique ont été retirées à la demande de la province, en attente d'un examen sur les pratiques de déclaration de ces données au niveau provincial.

Les cas signalés à l'ASPC doivent respecter la définition nationale de cas (5). Les provinces et les territoires fournissent des données par l'entremise du formulaire de déclaration de cas à l'échelle nationale (4) ou par l'entremise de la transmission d'un ensemble de données électroniques sécurisées. Toutes les données brutes (formulaires papier et ensembles de données électroniques) sont conservées en conformité avec la *Directive sur la collecte, l'utilisation et la diffusion de l'information sur la santé publique* (ASPC, 2013, document non publié). L'évaluation de la qualité des données, comme la détection des entrées en double, est réalisée par les provinces et les territoires qui les soumettent par la suite à l'ASPC. Les données présentées dans ce rapport de surveillance représentent les cas de VIH diagnostiqués jusqu'au 31 décembre 2017 qui ont été présentés à l'ASPC par les programmes de surveillance provinciaux et territoriaux jusqu'au 19 juillet 2018.

Dans ce rapport de surveillance, les termes « cas » ou « cas signalés » font référence aux personnes diagnostiquées par une province ou un territoire au cours d'une année donnée. Puisque les données de surveillance décrivent uniquement les cas de VIH diagnostiqués, la modélisation statistique et des sources d'information supplémentaires servent à produire des estimations qui décrivent l'épidémie du VIH en général au Canada, y compris les personnes ayant reçu ou non un diagnostic de VIH (6). Le terme « adulte » est utilisé dans le présent article lors de l'examen de variables précises comme la catégorie d'exposition. Aux fins de ce rapport, un « adulte » est une personne de 15 ans ou plus.

Dépistage médical du VIH aux fins d'immigration

Tous les ressortissants étrangers présentant une demande de résidence permanente et certains de ceux présentant une demande de résidence temporaire doivent subir un examen médical aux fins de l'immigration (EMI) que leur fait passer IRCC, soit au Canada ou à l'étranger. IRCC mène un dépistage obligatoire systématique du VIH chez tous les demandeurs de 15 ans ou plus, ainsi que chez ceux de moins de 15 ans qui présentent certains facteurs de risque (7). Ce ministère fournit par la suite à l'ASPC des données non nominales recueillies durant l'EMI sur les migrants qui ont obtenu un résultat positif au test, soit au Canada ou à l'étranger, et qui sont subséquentement entrés au Canada. Le terme migrant est utilisé au sens large et inclut notamment les immigrants (les résidents permanents du Canada), les réfugiés, les demandeurs d'asile ou les réfugiés au sens de la Convention et les résidents temporaires (visiteurs, étudiants ou travailleurs étrangers). Les données présentées ici comprennent l'année du test (pour les personnes testées



au Canada) ou l'année où le migrant est entré au Canada (pour les personnes testées à l'étranger). Les données des EMI présentées ici ont été obtenues de deux sources d'IRCC : la base de données sur le VIH mise à jour en mars 2018 (pour tous les demandeurs dépistés au Canada ou à l'étranger qui ont obtenu un résultat positif au test) et la base de données des avis provinciaux et étrangers de l'Unité de liaison avec les autorités de la santé publique relatifs aux évaluations de l'état de santé après l'arrivée de la Direction générale de la santé mise à jour en juillet 2018. Les données d'IRCC ont été soumises à l'ASPC en mars 2018.

Fait à noter, les résultats des tests des EMI effectués au Canada sont disponibles pour les provinces et territoires où le test est effectué et IRCC transmet également les données pertinentes à la province ou au territoire de destination pour les tests des EMI effectués à l'étranger. Ces données sont par la suite intégrées, à différents degrés, aux systèmes de surveillance provinciaux et territoriaux systématiques du VIH basés sur les cas; certains territoires de compétence considèrent ces cas de migrants séropositifs comme de nouveaux diagnostics alors que d'autres non.

Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC)

Les données nationales sur le statut VIH des nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale sont recueillies par le PSPVC, une initiative du Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants. Le PSPVC est un système de surveillance sentinelle actif qui recueille des données sur deux groupes d'enfants : les nourrissons nés au Canada de femmes séropositives et les enfants infectés du VIH recevant des soins dans des sites participants (qu'ils soient nés au Canada ou à l'étranger). Les données sur le statut VIH de ces nourrissons et sur l'historique d'exposition à la TA durant la période périnatale du nourrisson (la mère du nourrisson recevait une TA durant la grossesse) ont été obtenues par l'entremise d'une enquête nationale non nominale confidentielle sur les nourrissons connus des pédiatres participants dans les centres de soins tertiaires et des spécialistes des cliniques de VIH dans l'ensemble du Canada. Des renseignements supplémentaires sur la méthodologie du PSPVC ont été décrits précédemment (4). Les données de surveillance pour 2017, y compris les mises à jour des données pour les années précédentes, ont été soumises à l'ASPC en mars 2018.

Analyse

Les logiciels Excel 2010 de Microsoft (Redmond, État de Washington, États-Unis) et SAS Enterprise Guide v5.1 (Cary, Caroline du Nord, États-Unis) ont servi au nettoyage et à l'analyse des données. On a appliqué des procédures normalisées de recodage des données à tous les ensembles de données provinciales et territoriales soumises pour créer un ensemble de données nationales aux fins d'analyse. Aucune procédure statistique n'a été utilisée pour l'analyse comparative et l'on n'a appliqué aucune technique statistique pour tenir compte des données manquantes puisque les analyses sont

limitées aux tableaux croisés. Plutôt, les données manquantes sont présentées dans une rangée indépendante de chaque tableau (dans la mesure du possible). Les proportions présentées dans le texte excluent les dossiers présentant des valeurs manquantes (à moins d'un avis à l'effet du contraire). Il vaut la peine de noter que différentes exigences et pratiques de signalement du VIH existent dans l'ensemble du pays (8) et que l'intégralité des renseignements épidémiologiques varie entre les provinces et les territoires. Les Statistiques démographiques annuelles de 2017, publiées par Statistique Canada (9) constituaient la source de données sur la population utilisée pour calculer les taux.

À l'exception des cas où la suppression des données était requise par la province ou le territoire, les données dans les tableaux dont les valeurs étaient peu élevées ($n \leq 5$) n'ont pas été supprimées, puisqu'on ne considère pas que leur divulgation pose des risques d'identifier des cas individuels. Ces procédures sont harmonisées avec la *Directive sur la collecte, l'utilisation et la diffusion de l'information sur la santé publique* de l'ASPC (ASPC, 2013, document non publié). Les provinces et les territoires ont vérifié les données pour en assurer l'exactitude. Les principales conclusions sont résumées dans le présent article. Les tableaux supplémentaires sont inscrits dans l'**annexe** et sont disponibles sur demande.

Résultats

Tendances générales

En 2017, un total de 2 402 nouveaux cas de VIH ont été signalés au Canada, soit une augmentation de 3 % par rapport à 2016 et de 17,1 % depuis 2014. Le taux national de diagnostics a également augmenté de 5,8 pour 100 000 habitants en 2014 à 6,5 pour 100 000 habitants en 2017, mais a très peu fluctué de 2016 à 2017 (6,4 par rapport à 6,5 pour 100 000 habitants) (**figure 1**).

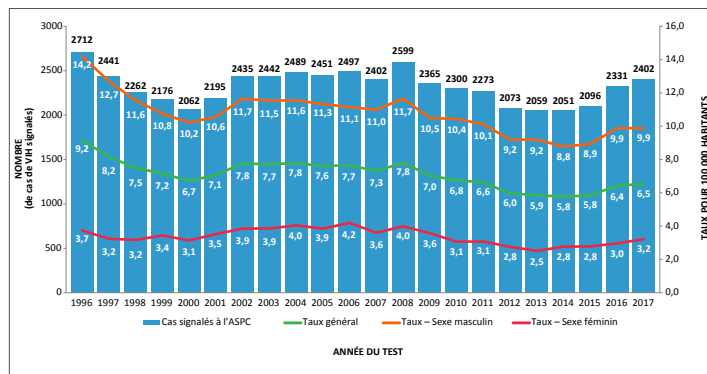
En général, il y a eu une diminution du taux annuel de diagnostics entre 1996 et 2000, suivie d'une augmentation en 2001 et d'un plateau jusqu'en 2008. Une légère diminution du taux national a suivi jusqu'en 2014. Depuis ce temps, une légère augmentation a été observée (figure 1). La figure 1 illustre également de façon générale des tendances comparables pour les hommes et les femmes. En 2017, le nombre de cas diagnostiqués pour les hommes s'établissait à 9,9 pour 100 000 habitants, ce qui était plus élevé que pour les femmes, dont le taux s'élevait à 3,2 pour 100 000 habitants. La même tendance a été observée pour toutes les données historiques depuis 1996.

Distribution géographique

La distribution géographique des cas de VIH signalés en 2017 était comparable à celle de 2016. En 2017, l'Ontario a continué d'afficher le nombre le plus élevé et la proportion la plus élevée de cas de VIH signalés ($n = 935$, 38,9 %), suivi du Québec



Figure 1 : Nombre de cas signalés, y compris les taux de diagnostics nationaux chez les personnes de sexe masculin et celles de sexe féminin, par année de test – Canada, de 1996 à 2017



Abréviation : ASPC, Agence de la santé publique du Canada

Remarque : les données désagrégées par année ne sont pas disponibles avant 1995 pour certaines juridictions

(n = 670, 27,9 %), de l'Alberta (n = 282, 11,7 %) et de la Colombie-Britannique (n = 187, 7,8 %).

Les taux provinciaux et territoriaux de diagnostics variaient dans l'ensemble du pays. En 2017, on enregistrait en Saskatchewan 7,5 % des nouveaux cas totaux signalés de VIH; toutefois, cette province présentait le taux de diagnostics le plus élevé, à 15,5 pour 100 000 habitants. À la suite d'une diminution des taux en 2013 (11,8 pour 100 000 habitants) et en 2014 (10,8 pour 100 000 habitants), les taux en Saskatchewan ont depuis ce temps augmenté et sont plus comparables à ceux des années historiques (2008 à 2012).

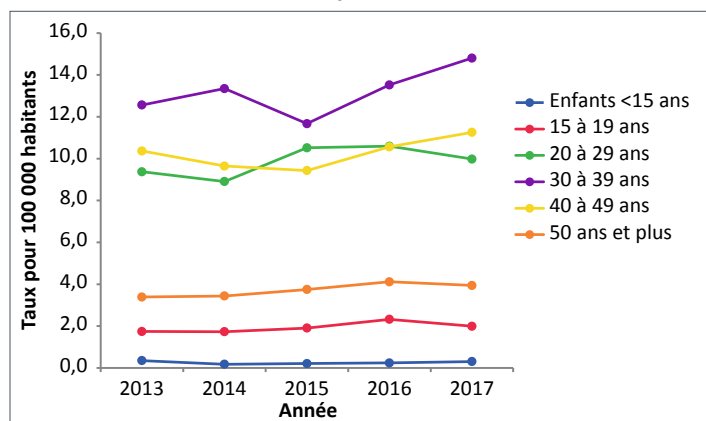
En 2017, on enregistrait au Québec 27,9 % des nouveaux cas totaux signalés de VIH; cette province présentait le deuxième taux de diagnostics de VIH le plus élevé, à 8,0 pour 100 000 habitants. Le Manitoba, l'Alberta et l'Ontario présentaient le troisième plus haut taux de diagnostics à 6,6 pour 100 000 habitants.

Répartition par groupe d'âge et par sexe

Les données sur le groupe d'âge étaient disponibles pour près de 100 % des cas de VIH signalés pour 2017. Le groupe d'âge des 30 à 39 ans (n = 2 397) continuait de représenter le nombre le plus élevé de nouveaux cas de VIH (31,2 %), une conclusion qui a été observée depuis le début de la période de déclaration. En 2017, le groupe d'âge des 50 ans et plus représentait la deuxième proportion la plus élevée de nouveaux cas de VIH, à 22,9 %, suivi de près du groupe d'âge des 40 à 49 ans, à 22,4 %.

La figure 2 illustre les tendances des taux de diagnostics pour chaque groupe d'âge entre 2013 et 2017. En 2017, le groupe d'âge des 30 à 39 ans affichait le taux le plus élevé des cas de VIH signalés (14,8 pour 100 000 habitants), suivi du groupe d'âge des 40 à 49 ans (11,3 pour 100 000 habitants); de plus, les taux de ces groupes d'âge ont augmenté depuis 2015 (figure 2). Même s'il y a eu une augmentation générale des taux pour le

Figure 2 : Taux de diagnostics de VIH, par groupe d'âge et année de test – Canada, de 2013 à 2017



Abréviation : <, moins de

Source de données démographiques : Statistiques démographiques annuelles, Statistique Canada (9)

groupe d'âge des 15 à 19 ans et pour celui des 50 ans et plus depuis 2014, les taux ont diminué en 2017 (respectivement 2,0 pour 100 000 habitants à 3,9 pour 100 000 habitants). Les enfants de moins de 15 ans ont affiché le taux moyen le moins élevé sur la plage de cinq ans.

Les données sur le sexe étaient disponibles pour près de 100 % des cas de VIH signalés en 2017 (n = 2 395). Depuis le début de la surveillance du VIH, on trouve chez les hommes un pourcentage plus élevé de cas de VIH diagnostiqués chez les adultes (de 15 ans ou plus). En 2017, 75,2 % des cas de VIH signalés étaient des personnes de sexe masculin et 24,8 % étaient de sexe féminin.

Les taux de cas de VIH signalés par sexe en 2017 indiquent que le groupe d'âge des 30 à 39 ans affichait le taux le plus élevé pour les hommes (21,3 pour 100 000 habitants) et les femmes (8,2 pour 100 000 habitants). Le groupe d'âge des 40 à 49 ans affichait le deuxième taux le plus élevé chez les hommes (16,2 pour 100 000 habitants) et les femmes (6,3 pour 100 000 habitants).

Répartition de la catégorie d'exposition

En 2017, les renseignements sur la catégorie d'exposition étaient disponibles pour 60,2 % des cas de VIH signalés (n = 1 446). La catégorie d'exposition des hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (gais, bisexuels et HARSAH) continuait de représenter le nombre le plus élevé et la proportion la plus élevée de tous les cas signalés chez les adultes ayant une catégorie d'exposition connue (46,4 %) (tableau 1). La deuxième catégorie d'exposition la plus fréquemment signalée était le contact hétérosexuel, à 28,7 %. Cette dernière catégorie d'exposition inclut trois profils d'exposition : les personnes séropositives nées dans un pays où le VIH est endémique (11,5 %), le contact hétérosexuel avec une personne à risque (7,2 %) et le contact hétérosexuel sans risque identifiable (10 %). La catégorie d'exposition des utilisateurs de

drogues par injection (UDI) représentait 16,3 % de tous les cas de VIH signalés chez les adultes (tableau 1).

Tableau 1 : Nombre et répartition en pourcentage des cas de VIH par sexe et par catégorie d'exposition chez les adultes de 15 ans ou plus – Canada 2017^a

Catégorie d'exposition	Sexe					
	Hommes		Femmes		Total ^b	
	n	%	n	%	n	%
Gais, bisexuels et HARSAH	667	60,9	0	0	667	46,4
Gais, bisexuels et HARSAH/UDI	40	3,6	0	0	40	2,8
UDI	139	12,7	94	27,6	234	16,3
Contact hétérosexuel						
a) originaire d'un pays où le VIH est endémique	61	5,6	105	30,9	166	11,5
b) contact sexuel avec une personne à risque	54	4,9	49	14,4	104	7,2
c) aucun risque relevé	90	8,2	54	15,9	144	10,0
Autre ^c	45	4,1	38	11,2	83	5,8
Sous-total	1 096	100,0	340	100,0	1 438	100,0
Aucun risque relevé	75	4,2	19	3,2	94	4,0
Catégorie d'exposition inconnue ou non signalée (« manquante ») ^d	616	34,5	228	38,8	847	35,6
Total	1 787	s.o.	587	s.o.	2 379	s.o.

Abréviations : HARSAH, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes; n, nombre; s.o., sans objet; UDI, utilisateurs de drogues par injection; ≥, supérieur ou égal à

^a Exclut les cas (n = 5) où l'âge est inconnu

^b Le total de la colonne inclut les cas de personnes transsexuelles ou transgenres, ainsi que les cas où le sexe n'a pas été signalé, étant donné que les colonnes « Hommes » et « Femmes » les excluent

^c Inclut les cas de l'Alberta relevés par l'entremise d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

^d Inclut tous les cas où la catégorie d'exposition n'était pas connue ni signalée. Remarque : les renseignements sur la catégorie d'exposition n'ont pas été soumis par le Québec

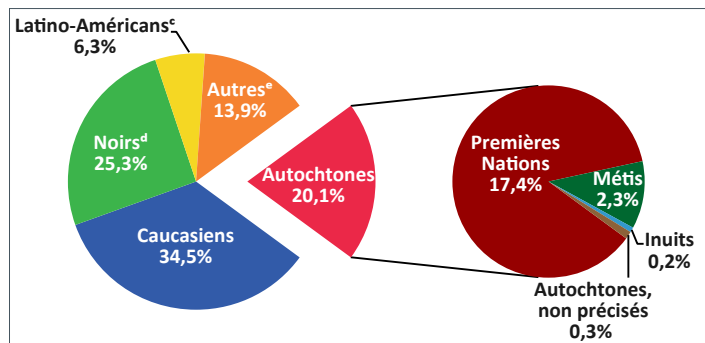
Tout comme en 2016 (10), la répartition des cas de VIH chez les hommes et les femmes d'âge adulte variait par catégorie d'exposition. En 2017, la catégorie d'exposition des gais, des bisexuels et des HARSAH continuait de comporter la plus importante proportion de cas de VIH signalés chez les hommes adultes (60,9 %), tandis que, chez les femmes adultes, les catégories d'exposition « historique de contact hétérosexuel », « originaire d'un pays où le VIH est endémique » (30,9 %) et UDI (27,6 %) constituaient les principaux cas déclarés (tableau 1).

Répartition selon la race ou l'origine ethnique

En 2017, les renseignements sur la race ou l'origine ethnique étaient disponibles pour 49,3 % des cas de VIH signalés. Depuis 1999, c'est chez les Caucasiens qu'on observait la plus importante proportion de nouveaux cas de VIH au Canada pour tous les âges et sexes (43,1 % des cas où l'origine ethnique ou la race était signalée). En 2017, parmi les cas de VIH signalés dont la race ou l'origine ethnique étaient connues, 34,5 % étaient Caucasiens, 25,3 % étaient de race noire et 20,1 % étaient Autochtones. La catégorie de la race ou de l'origine ethnique

autochtone a été subdivisée en sous-groupes : Premières Nations (17,4 %), Métis (2,3 %), Inuits (0,2 %) et Autochtones, non précisés (0,3 %) (figure 3).

Figure 3 : Proportion de cas de VIH signalés (n = 1 184) par race ou origine ethnique et sous-groupes autochtones – Canada, 2017^{a,b}



Abréviations : n, nombre

^a Les renseignements sur la race ou l'origine ethnique n'étaient pas disponibles pour le Québec et la Colombie-Britannique

^b Exclut les cas où la race ou l'origine ethnique n'a pas été signalée

^c Par exemple, Mexicain, Centraméricain et Sud-Américain

^d Par exemple, Somalien, Haïtien et Jamaïcain

^e « Autre » comprend les autres origine ethniques, notamment Pakistanais, Sri-Lankais, Bangladais, Arménien, Égyptien, Iranien, Libanais, Marocain, Chinois, Japonais, Vietnamien, Cambodgien, Indonésien, Laotien, Coréen, Philippin

À compter de 2016, des variations ont été observées quant à la répartition selon la race ou l'origine ethnique en fonction du sexe. En 2017, chez les hommes, les Caucasiens représentaient 41,7 % des cas de VIH signalés selon les données disponibles sur la race ou l'origine ethnique. Les Noirs et les Autochtones représentaient respectivement 17,9 % et 16,3 % des cas. En comparaison, chez les femmes, les Noires représentaient 46,3 % des cas de VIH signalés, suivies des Autochtones (30,9 %) et des Caucasiennes (14,1 %) (tableau 2).

Répartition par race ou origine ethnique et catégorie d'exposition

En 2017, les renseignements sur la race ou l'origine ethnique et la catégorie d'exposition étaient disponibles pour 49,2 % des cas de VIH signalés (n = 1 184). Pour les cas de gais, de bisexuels et d'HARSAH déclarés en 2017, la majorité d'entre eux étaient Caucasiens (49,9 %). La majorité des cas attribués aux UDI était des Autochtones (68,1 %). On observait chez les Noirs 48,6 % des cas attribués au contact hétérosexuel (figure 4).

Dépistage médical du VIH aux fins d'immigration

Les données d'IRCC indiquent qu'au cours des cinq dernières années, le taux de diagnostic de VIH chez les migrants au Canada par rapport au nombre total d'EMI entrepris dans la même année civile est resté relativement stable à 0,14 % (de 2013 à 2017). Le Canada a toutefois affiché une augmentation globale du volume d'immigration au cours des années et le nombre absolu de migrants entrant au Canada chez qui l'on a diagnostiqué le VIH lors d'un EMI a augmenté depuis trois ans.



Tableau 2 : Nombre et répartition en pourcentage des cas de VIH par sexe et par race ou origine ethnique, tous les âges – Canada, de 2016 à 2017^{a,b}

Race ou origine ethnique	Sexe et année du test											
	2016						2017					
	Sexe Masculin		Sexe féminin		Total ^c		Sexe Masculin		Sexe féminin		Total ^c	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Autochtones, total	128	15,4	113	35,6	243	21,1	142	16,3	96	30,9	238	20,1
Premières Nations	114	13,7	102	32,2	218	19,0	122	14	84	27,0	206	17,4
Métis	11	1,3	7	2,2	18	1,6	16	1,8	11	3,5	27	2,3
Inuits	2	0,2	1	0,3	3	0,3	2	0,2	0	0,0	2	0,2
Non précisés	1	0,1	3	0,9	4	0,3	2	0,2	1	0,3	3	0,3
Sud-Asiatiques, Asiatiques occidentaux et Arabes ^d	39	4,7	7	2,2	46	4,0	45	5,2	6	1,9	51	4,3
Asiatiques ^e	63	7,6	4	1,3	67	5,8	76	8,7	10	3,2	86	7,3
Noirs ^f	137	16,5	116	36,6	253	22,0	156	17,9	144	46,3	300	25,3
Latino-Américains ^g	51	6,1	3	0,9	54	4,7	70	8,0	4	1,3	74	6,3
Caucasiens	396	47,7	67	21,1	463	40,3	364	41,7	44	14,1	408	34,5
Autre	16	1,9	7	2,2	23	2,0	20	2,3	7	2,3	27	2,3
Sous-total	830	100,0	317	100,0	1 149	100,0	873	100,0	311	100,0	1 184	100,0
Race ou origine ethnique non signalée (« manquante ») ^h	948	53,3	226	41,6	1,182	50,7	927	51,5	284	47,7	1,218	50,7
Total	1 778	s.o.	543	s.o.	2 331	s.o.	1 800	s.o.	595	s.o.	2 402	s.o.

Abréviations : n, nombre; s.o., sans objet

^a Il faut tenir compte des limites de données concernant les renseignements sur l'origine ethnique ou la race au moment d'interpréter ces données

^b Le signalement des cas de VIH pour les enfants de moins de deux ans varie d'une province et d'un territoire à l'autre

^c Le total de la colonne inclut les cas de personnes transsexuelles ou transgenres, ainsi que les cas où le sexe n'a pas été signalé, étant donné que les colonnes « Sexe masculin » et « Sexe féminin » excluent ces cas

^d Par exemple, Pakistanais, Sri-Lankais, Bangladais, Arménien, Égyptien, Iranien, Libanais et Marocain

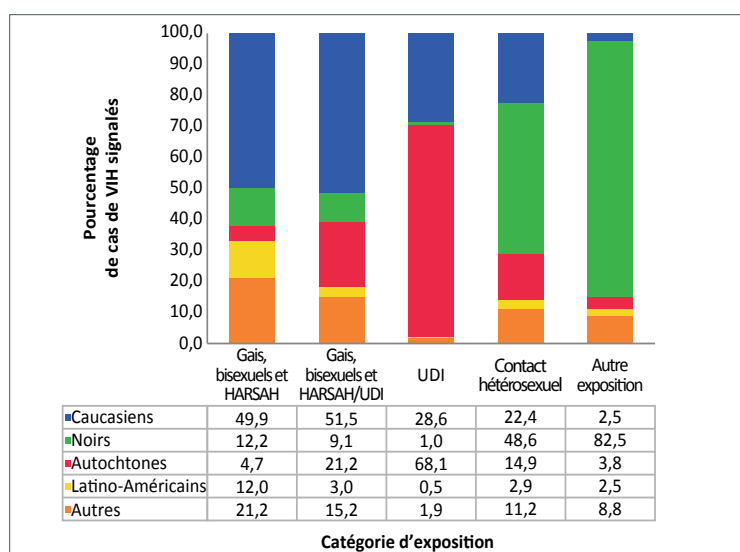
^e Par exemple, Chinois, Japonais, Vietnamien, Cambodgien, Indonésien, Laotien, Coréen et Philippin

^f Par exemple, Somalien, Haïtien et Jamaïcain

^g Par exemple, Mexicain, Centraméricain et Sud-Américain

^h Inclut les cas où la race ou l'origine ethnique n'ont pas été signalées. Remarque : les renseignements sur la race ou l'origine ethnique n'ont pas été soumis par le Québec et la Colombie-Britannique

Figure 4 : Proportion de cas de VIH signalés (pour tous âges) par catégorie d'exposition et race ou origine ethnique – Canada, 2017^{a-f}



Abréviations : HARSAH, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes; UDI, utilisateurs de drogues par injection

^a Les renseignements sur la race ou l'origine ethnique ne sont pas disponibles pour le Québec et la Colombie-Britannique

^b Exclut les cas de VIH où la race ou l'origine ethnique ou la catégorie d'exposition « n'a pas été signalée »

^c « Latino-Américains » comprend notamment Mexicain, Centraméricain et Sud-Américain

^d « Noirs » comprend notamment Somalien, Haïtien et Jamaïcain

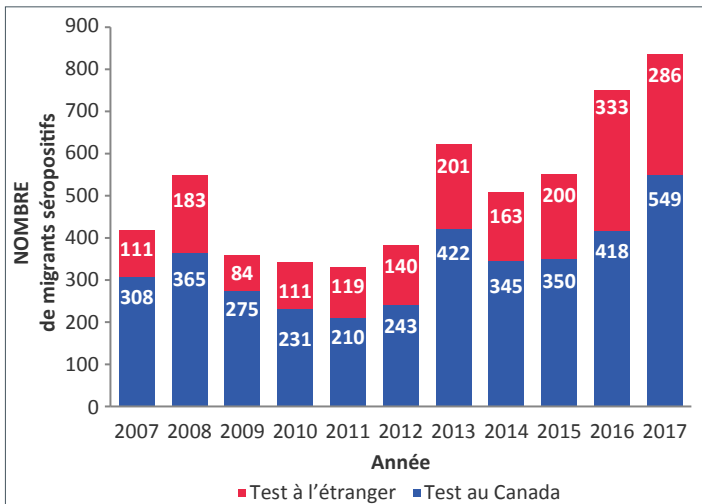
^e « Autres origines ethniques » comprend notamment Pakistanais, Sri-Lankais, Bangladais, Arménien, Égyptien, Iranien, Libanais, Marocain, Chinois, Japonais, Vietnamien, Cambodgien, Indonésien, Laotien, Coréen, Philippin

^f La catégorie « Autre exposition » inclut les voies d'exposition non précisées



En 2017, 835 migrants ont obtenu un test positif, par rapport à 751 en 2016 et à 550 en 2015. De ces 835 migrants, 549 ont subi un EMI au Canada et 286 en ont subi un à l'étranger (figure 5).

Figure 5 : Nombre de migrants séropositifs par lieu de test et année du test, de 2007 à 2017^a

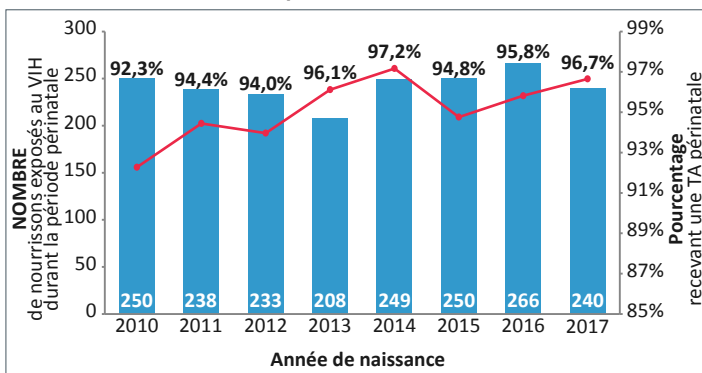


^a Pour les migrants testés au Canada, « année » fait référence à l'année où le test a été réalisé. Pour les migrants testés à l'étranger, « année » fait référence à l'année où le migrant est arrivé au Canada.

Système de surveillance périnatale du VIH au Canada

En 2017, 240 nourrissons ont été exposés au VIH durant la période périnatale. Au total, trois transmissions du VIH ont été confirmées – une chez un nourrisson dont la mère n'avait pas reçu de TA prophylactique périnatale et deux chez des nourrissons dont la mère l'avait reçue. Le pourcentage de mères séropositives recevant une TA avait diminué légèrement en 2015, mais avait augmenté au cours des deux années subséquentes, atteignant 96,7 % en 2017 (figure 6).

Figure 6 : Nombre de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale et proportion de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale alors que la mère recevait une TA périnatale, par année de naissance – Canada, de 2010 à 2017



Abréviation : TA, thérapie antirétrovirale

Le contact hétérosexuel continuait à être la catégorie d'exposition maternelle la plus fréquemment signalée en 2017

(69,5 %), suivie de l'UDI (23,6 %). En 2017, 50,0 % des nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale étaient Noirs, tandis que 23,3 % étaient Caucasiens et 18,1 %, étaient Autochtones. De 1984 à 2017, 50,0 % des nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale étaient Noirs, tandis que 23,3 % étaient Caucasiens et 18,1 %, étaient Autochtones. La région de naissance maternelle de la majorité des nourrissons était l'Amérique du Nord (42,3 %), suivie de l'Afrique (38,6 %). Les proportions les plus élevées de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale provenaient de l'Ontario (34,4 %) et du Québec (25,3 %).

Discussion

En 2017, un total de 2 402 nouveaux cas diagnostiqués de VIH ont été signalés à l'ASPC, ce qui correspondait à une augmentation de 3 % depuis 2016 et de 17,1 % depuis 2014. Le taux national de diagnostics de 6,5 pour 100 000 habitants a cependant très peu fluctué par rapport au taux de 6,4 pour 100 000 observé en 2016.

Les proportions les plus élevées de cas chez les hommes diagnostiqués étaient chez les Caucasiens et attribués à la catégorie d'exposition des gais, des bisexuels et des HARSAH, tandis que, chez les femmes, les cas étaient plus souvent des personnes de race noire et attribués à l'exposition hétérosexuelle. Même si les Caucasiens représentaient la majorité des cas signalés en 2017, les Autochtones et les Noirs étaient représentés de façon disproportionnée. En effet, ces deux groupes constituent moins de 5 % de la population canadienne, mais représentaient plus de 20 % des nouveaux diagnostics (tableau 2) (11,12).

À l'échelle nationale, les gais, les bisexuels et les HARSAH restaient la catégorie d'exposition la plus fréquemment signalée en 2017 et constituaient 46,4 % de tous les cas de VIH signalés chez les adultes appartenant à une catégorie d'exposition connue, la deuxième étant le contact hétérosexuel à 28,7 %. Il y a de nombreux facteurs qui peuvent contribuer à l'épidémie de VIH chez les gais, les bisexuels et les HARSAH, comme l'optimisme thérapeutique depuis l'introduction de la TA efficace, les dynamiques des réseaux sexuels, l'efficacité élevée de la transmission à la suite de relations sexuelles anales et la stigmatisation limitant l'accès aux services (1315).

Des progrès substantiels ont été accomplis en ce qui a trait à la réduction du risque de transmission du VIH durant la période périnatale au Canada. Ils sont attribuables à l'accès aux soins prénatals, au dépistage systématique du VIH chez les femmes enceintes et à la prestation de traitement aux femmes chez qui l'on a diagnostiqué le VIH (16). En 2017, une transmission du VIH a été confirmée chez un nourrisson dont la mère ne recevait pas de TA périnatale et deux transmissions ont été confirmées chez des nourrissons dont la mère en recevait une.



À la seule lumière de ces données de surveillance, on ne sait pas pourquoi il y a eu une augmentation du nombre de nouveaux diagnostics de VIH au Canada entre 2014 et 2017. Un nombre d'explications sont possibles, notamment une hausse de la transmission du VIH (incidence accrue du VIH), une augmentation des tests de VIH, des changements dans les pratiques de déclaration et un accroissement du nombre de personnes séropositives migrant au Canada. Si les plus récentes estimations de l'incidence du VIH au Canada fournissent une certaine indication d'une légère augmentation entre 2014 et 2016, il demeure incertain si elle représente une véritable hausse du nombre sous-jacent de nouvelles infections en raison de la vaste étendue de données plausibles pour ces estimations (6). Une augmentation du nombre de personnes se présentant d'elles-mêmes à des tests du VIH est une autre possibilité. Au cours des dernières années, plusieurs provinces ont constaté une hausse des taux de tests en général (1719). Les changements apportés aux pratiques de déclaration peuvent également expliquer la hausse en partie. Par exemple, l'augmentation signalée au Québec peut, en partie, être expliquée par le passage partiel des tests non nominaux aux tests nominaux, étant donné que certains cas non nominaux n'étaient pas saisis dans la déclaration nationale. Finalement, l'augmentation observée peut également, en partie, refléter un accroissement du nombre de personnes séropositives migrant au Canada (qui sont soit diagnostiquées pour la première fois au Canada ou qui sont reconstruées au Canada) et qui sont subséquemment comptées au Canada à titre de nouveaux diagnostics. Les données d'IRCC indiquent que, même si la proportion de diagnostics du VIH chez les demandeurs ayant subi un EMI est restée stable au cours des récentes années, le nombre global de personnes migrant au Canada s'est accru et que le nombre de migrants séropositifs au Canada a donc également augmenté. En Ontario, par exemple, une augmentation du nombre de nouveaux diagnostics du VIH entre 2016 et 2017 a, dans une certaine mesure, été attribuée à des diagnostics « hors province », soit des personnes qui ont été initialement diagnostiquées à l'extérieur de l'Ontario (y compris des personnes diagnostiquées à l'étranger) qui sont par la suite déménagées en Ontario où elles ont été reconstruées et comptées comme un nouveau diagnostic en Ontario (20).

Forces et limites

La force principale de cet article repose dans le fait qu'il s'agit de la source principale de données nationales sur les cas de VIH nouvellement diagnostiqués au Canada en 2017.

Même si les détails concernant les limites du Système national de surveillance du VIH/sida ont été décrits ailleurs (4,10), plusieurs limites clés devraient être soulignées. Le Système national de surveillance du VIH/sida est un système de surveillance passif basé sur les cas, qui recueille les données soumises à l'ASPC de façon volontaire chaque année par toutes les autorités de santé publique provinciales et territoriales, par opposition à la sollicitation de cas actifs. Ainsi, il est difficile de déterminer le niveau de couverture du système. Il y a des incertitudes additionnelles en raison des retards de déclaration, du potentiel

d'inclusion de cas en double en raison de la nature non nominale du signalement du VIH dans certaines juridictions, ainsi que du manque d'une approche normalisée du traitement des cas de VIH précédemment diagnostiqués à l'étranger ou à l'extérieur de la province ou du territoire, alors que certains territoires de compétence les comptabilisent comme de nouveaux cas et d'autres les excluent. De plus, on dénote des renseignements incomplets sur la catégorie d'exposition et l'origine ethnique de la part de plusieurs provinces : des renseignements incomplets sur la catégorie d'exposition et l'origine ethnique (Ontario), aucun renseignement sur l'origine ethnique (Colombie-Britannique) et aucun renseignement sur la catégorie d'exposition ou l'origine ethnique (Québec). Par conséquent, les données sur la catégorie d'exposition et l'origine ethnique présentées dans cet article ne sont pas représentatives à l'échelle nationale.

Finalement, il est important de reconnaître que les données du présent article sont jugées provisoires et que, comme elles continuent d'être mises à jour annuellement, elles peuvent faire l'objet de changements lors de rapports de surveillance du VIH ultérieurs. S'il y a des écarts entre les données résumées dans cet article et les rapports provinciaux et territoriaux, le plus récent rapport provincial et territorial devrait être utilisé parce que les données nationales peuvent ne pas être encore à jour.

Conclusion

De façon comparable aux changements annuels qui ont été observés depuis 2014, le nombre et le taux de cas de VIH signalés au Canada en 2017 ont augmenté légèrement par rapport à l'année précédente, 2016 en l'occurrence. Il faudrait des données et des analyses additionnelles pour déterminer la raison de cette hausse. L'ASPC continuera de travailler avec ses partenaires nationaux pour recueillir, analyser et diffuser des données de surveillance sur le VIH afin d'expliquer ces augmentations et de surveiller les progrès accomplis en matière de réduction du fardeau des infections au VIH au Canada.

Déclaration des auteurs

NH – Conceptualisation, rédaction, ébauche initiale, ébauche finale, révision, correction, validation, visualisation

SL – Conceptualisation, validation, visualisation, révision, correction

ST – Révision, correction, supervision

MM – Révision, correction, ébauche finale

Conflit d'intérêt

Aucun.

Contributions

L'Agence de la santé publique du Canada aimerait remercier les employés suivants des programmes de lutte contre le VIH et le SIDA provinciaux et territoriaux pour leur contribution et leur participation :



Sumana Fathima, ministère de la Santé de l'Alberta
Rosa Maheden, ministère de la Santé de l'Alberta
Mariam Osman, ministère de la Santé de l'Alberta
Service de prévention clinique, Surveillance et épidémiologie,
Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique
Carla Loeppky, ministère de la Santé du Manitoba
Rita RaaFat Gad, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
Shelley Landsburg, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
Patricia Samms, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
Sophie Wertz, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
Beth Halfyard, Santé et services communautaires, Direction
générale de la santé de la population, TerreNeuveetLabrador
Heather Hannah, ministère de la Santé et des Services sociaux,
Territoires du Nord-Ouest
Bev Billard, ministère de la Santé et du Mieux-être de la
Nouvelle-Écosse
Sarah Fleming, ministère de la Santé et du Mieux-être de la
Nouvelle-Écosse
Andrea Schertzer, ministère de la Santé du Nunavut
Sean Waites, ministère de la Santé du Nunavut
Abigail Kroch, Réseau ontarien de traitement du VIH
Juan Liu, Santé publique Ontario
Alex Marchand-Austin, Santé publique Ontario
Dre Michelle Murti, Santé publique Ontario
Andrea Saunders, Santé publique Ontario
Michael Whelan, Santé publique Ontario
Dre Shamara Baidobonso, Santé et Mieux-être,
Île-du-Prince-Édouard
Stacey Burns, Santé et Mieux-être, Île-du-Prince-Édouard
Constance Cheverie, Santé et Mieux-être, Île-du-Prince-Édouard
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
Maureen Hastie, 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
Bouchra Serhir, Laboratoire de santé publique du Québec,
Institut national de santé publique du Québec
Diane Sylvain, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut
national de santé publique du Québec
Helen Bangura, ministère de la Santé de la Saskatchewan
John Manalo, ministère de la Santé de la Saskatchewan
Rachelle Wallace, Contrôle des maladies transmissibles Yukon
Sabrina Plitt, Agence de la santé publique du Canada (Alberta)
Elsie Wong, Agence de la santé publique du Canada
(Colombie-Britannique)
Jillian Waruk, Agence de la santé publique du Canada (Manitoba)
Ashleigh Sullivan, Agence de la santé publique du Canada
(Ontario)
Tara Schellenberg, Agence de la santé publique du Canada
(Saskatchewan)

Financement

Cet article a reçu l'appui financier de l'Agence de la santé
publique du Canada dans le cadre de son mandat de base.

Références

1. Ortblad KF, Lozano R, Murray CJ. The burden of HIV: insights from the Global Burden of Disease Study 2010. *AIDS* 2013 Aug;27(13):2003–17. DOI PubMed
2. UNAIDS. UNAIDS Data 2018. www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/UNAIDS_Data_2018.pdf
3. World Health Organization. Data and statistics. HIV/AIDS. [cited August 3, 2018]. www.who.int/hiv/data/en/
4. Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada – Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2014. Ottawa (ON): ASPC; 2015. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-et-sida-canada-rapport-surveillance-31-decembre-2014.html>
5. Agence de la santé publique du Canada. Définitions nosologiques des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale - 2009. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2009;35 S2:1–134. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2009-35/definitions-nosologique-s-maladies-transmissibles-surveillance-nationale.html>
6. Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016. Ottawa (ON): ASPC; [mise à jour le 17 juil 2018]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/esume-estimations-incidence-prevalence-vih-progr-es-realises-canada-90-90-90.html>
7. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. Direction des opérations, Direction générale de la santé, Instructions pour l'examen médical aux fins de l'immigration. Dépistage du VIH. https://www.canada.ca/content/dam/ircc/migration/ircc/francais/ministere/parteneriat/md/pdf/iemi_vih.pdf
8. Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. Répertoire des maladies à déclaration obligatoire. http://nddb.ca/fr/maladie/recherche/recherche_maladie
9. Statistique Canada. Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires. 2017. Ottawa (ON): Statistique Canada; [mise à jour le 19 oct 2018]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/91-215-X>
10. Bourgeois AC, Edmunds M, Awan A, Jonah L, Varsaneux O, Siu W. Le VIH au Canada – Rapport de surveillance, 2016 Relevé des maladies transmissibles au Canada 2017;43(12):282-91. DOI
11. Statistique Canada. Peuples autochtones – Faits saillants en tableaux, Recensement de 2016. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hlt-fst/abo-aut/Tableau.cfm?Lang=Fra&T=101&SR=1&S=99&O=A&RPP=25&PR=0&D1=1&D2=1&D3=1&TABID=2>
12. Statistique Canada. Statistique Canada catalogue numéro 98-400-X2016190, Tableaux de données,



Recensement de 2016. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?TABID=2&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FRE=0&GC=01&GL=-1&GID=1341679&GK=1&GRP=1&O=D&PID=110531&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=120&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>

13. Beyrer C, Sullivan P, Sanchez J, Baral SD, Collins C, Wirtz AL, Altman D, Trapence G, Mayer K. The increase in global HIV epidemics in MSM. *AIDS* 2013 Nov;27(17):2665–78. DOI PubMed
14. Mayer KH, Mimiaga MJ. Past as prologue: the refractory and evolving HIV epidemic among men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2011 Jun;52(11):1371–3. DOI PubMed
15. Sullivan PS, Hamouda O, Delpech V, Geduld JE, Prejean J, Semaille C, Kaldor J, Folch C, Op de Coul E, Marcus U, Hughes G, Archibald CP, Cazein F, McDonald A, Casabona J, van Sighem A, Fenton KA; Ancey MSM Epidemiology Study Group. Reemergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996-2005. *Ann Epidemiol* 2009 Jun;19(6):423–31 DOI PubMed
16. Bitnun A, Lee T, Brophy J, Samson LM, Kakkar F, Vaudry W, Tan B, Money DM, Singer J, Sauvé LJ, Alimenti A; Canadian Perinatal HIV Surveillance Program. Missed opportunities for prevention of vertical HIV transmission in Canada, 1997-2016: a surveillance study. *CMAJ Open* 2018 May;6(2):E202–10. DOI PubMed
17. Government of Saskatchewan. Ministry of Health, Population Health Branch. HIV Prevention and Control Report 2016. Saskatchewan; 2016. <http://publications.gov.sk.ca/documents/13/104861-2016-Saskatchewan-HIV-Prevention-and-Control-Report.pdf>
18. Institut national de santé publique. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec: rapport annuel 2016. Québec (QC); INSP; 2016. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2322>
19. Ontario HIV Epidemiology and Surveillance Initiative. HIV testing in Ontario, 2016. Toronto (ON): OHESI; 2016. <http://ohesi.ca/documents/OHESI-HIV-testing-in-Ontario-in-2016.pdf>
20. Ontario HIV Epidemiology and Surveillance Initiative. Refining HIV surveillance on new HIV diagnosis in Ontario. Toronto (ON): OHESI; 2018. www.ohesi.ca/refining-hiv-surveillance-on-new-hiv-diagnoses-in-ontario/

Annexe : Liste des tableaux supplémentaires

Ces tableaux sont disponibles sur demande à phac.hass.aspc@canada.ca :

Tableau S1 : Taux de diagnostics du VIH (pour 100 000 habitants) par province ou territoire et année de diagnostic (tous les âges)

Tableau S2 : Taux de cas de VIH (tous les âges) par province ou territoire, sexe et année de diagnostic – Canada, 1985-2017

Tableau S3 : Taux de cas de VIH par groupe d'âge et province ou territoire – Canada, 2016-2017

Tableau S4 : Nombre cumulatif de cas de VIH chez les adultes (15 ans ou plus) et les enfants (moins de 15 ans) par sexe – Canada, 1985-2017

Tableau S5 : Nombre de cas de VIH chez les adultes (15 ans ou plus) par année de diagnostic et par sexe – Canada, 1985-2017

Tableau S6 : Nombre de cas de VIH par groupe d'âge, sexe et année de diagnostic – Canada, 1985-2017

Tableau S7 : Nombre et répartition en pourcentage de cas de VIH chez les adultes (15 ans ou plus) par catégorie d'exposition et année de diagnostic – Canada, 1985-2017

Tableau S8 : Nombre et répartition en pourcentage de cas de VIH chez les hommes adultes (15 ans ou plus) par catégorie d'exposition et année de diagnostic – Canada, 1985-2017

Tableau S9 : Nombre et répartition en pourcentage de cas de VIH chez les femmes adultes (15 ans ou plus) par catégorie d'exposition et année de diagnostic – Canada, 1985-2017

Tableau S10 : Nombre et répartition en pourcentage de cas de VIH chez les adultes (15 ans ou plus) par catégorie d'exposition et groupe d'âge – Canada, 2016-2017

Tableau S11 : Nombre de cas de VIH par catégorie d'exposition et province ou territoire – Canada, 2016-2017

Tableau S12 : Nombre et répartition en pourcentage des cas de VIH (tous les âges) par année de diagnostic et par race ou origine ethnique –

Canada, 1999-2017

Tableau S13 : Nombre et répartition en pourcentage de cas de VIH chez les personnes de sexe masculin (tous les âges) par année de diagnostic et race ou origine ethnique – Canada, 1999-2017

Tableau S14 : Nombre et répartition en pourcentage de cas de VIH chez les personnes de sexe féminin (tous les âges) par année de diagnostic et race ou origine ethnique – Canada, 1999-2017

Tableau S15 : Nombre de cas de VIH (tous les âges) par catégorie d'exposition et race ou origine ethnique – Canada, 1999-2017

Tableau S16 : Nombre et répartition en pourcentage de migrants au Canada diagnostiqués par année à la suite d'un examen médical aux fins de l'immigration – 2002-2017

Tableau S17 : Nombre et répartition en pourcentage de migrants au Canada diagnostiqués à la suite d'un examen médical aux fins de l'immigration par sexe, groupe d'âge et province – 2002-2017

Tableau S18 : Nombre de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale par année de naissance, statut actuel et utilisation de la thérapie antirétrovirale pour la prophylaxie – Canada, 1984-2017

Tableau S19 : Nombre de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale par catégorie d'exposition maternelle et année de naissance – Canada, 1984-2017

Tableau S20 : Nombre de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale par origine ethnique et statut d'infection – Canada, 1984-2017

Tableau S21 : Nombre de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale par pays d'origine maternel et statut d'infection – Canada, 1984-2017

Tableau S22 : Nombre de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale par région géographique et statut au dernier rapport – Canada, 1984-2017

Tableau S23 : Statistiques internationales sur les cas de VIH signalés – Canada, 2016

Tableau S24 : Taux de cas de VIH par groupe d'âge, sexe et année de diagnostic – Canada, 2013-2017