

Le VIH au Canada, de 2009 à 2014

Tomas K^{1*}, Dhimi P¹, Houston C¹, Ogunnaike-Cooke S¹, Rank C¹

¹ Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

*Correspondance : kristina.tomas@phac-aspc.gc.ca

Résumé

Contexte : Entre 1996 et 2008, environ 2 100 à 2 700 nouveaux cas de VIH ont été déclarés chaque année au Canada.

Objectif : Décrire les tendances récentes de l'évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH au Canada entre 2009 et 2014 par groupe d'âge, sexe, catégorie d'exposition, race/origine ethnique et région ainsi que le nombre de nourrissons ayant été exposés au VIH durant la période périnatale.

Méthodologie : Les données sur le VIH proviennent de deux bases de données. Le système national de surveillance du VIH/sida est un système de surveillance passive qui recueille de toutes les provinces et de tous les territoires des données non nominatives volontairement soumises sur tous les cas répondant à la définition de cas nationale, comprenant notamment le groupe d'âge, le sexe, la race/l'origine ethnique, le pays de naissance et la catégorie d'exposition. Le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada est un système de surveillance sentinelle; les données non nominatives sont obtenues au moyen d'une enquête nationale confidentielle menée auprès des médecins participant.

Résultats : Depuis 2009, le nombre de nouveaux cas de VIH a diminué lentement mais régulièrement, passant de 2 391 cas en 2009 à 2 044 cas en 2014, ce qui constitue le nombre de cas annuel de VIH le plus bas observé au cours des vingt dernières années. Le groupe d'âge des 30 à 39 ans continue d'afficher la plus grande proportion de nouveaux diagnostics de VIH (32 %); par ailleurs, la proportion de cas diagnostiqués dans le groupe d'âge des 50 ans et plus a augmenté, passant de 15 % en 2009 à un peu plus de 20 % en 2014. Parmi les nouveaux cas diagnostiqués, 75 % environ sont des hommes et 25 % des femmes. Chez les hommes, la catégorie d'exposition la plus courante (60 %) est celle des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Chez les femmes, les contacts hétérosexuels sont la catégorie d'exposition la plus courante (66 %), suivie de l'utilisation de drogues injectables (27 %). En ce qui concerne la race ou l'origine ethnique, les données varient selon le sexe. Chez les hommes, on dénombre plus de 50 % de Blancs, 14 % d'Autochtones et 13 % de Noirs. Chez les femmes, on dénombre 35 % de Noires, 35 % d'Autochtones et 22 % de Blanches. À l'échelle du pays, des variations régionales sont observées dans le taux de VIH. Entre 2009 et 2014, le nombre de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale se situait entre 200 et 249; le pourcentage de traitement périnatal a augmenté pendant cette période passant de 87 % en 2009 à 97 % en 2014.

Conclusion : Le nombre annuel de cas de VIH déclarés au Canada a diminué au cours de ces dernières années. La proportion de mères séropositives pour le VIH recevant un traitement a augmenté et le nombre de cas confirmés de nourrissons infectés par le VIH a diminué.

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, à l'échelle du monde, 36,9 millions de gens vivent avec le VIH et 2,0 millions de nouveaux cas d'infection ont été dénombrés en 2014 (1). Le VIH demeure une préoccupation pour la santé publique au Canada et dans le monde entier. Le diagnostic en temps opportun de l'infection par le VIH, bénéfique non seulement pour les personnes atteintes du virus (les soins précoces et les

traitements appropriés pouvant prolonger et améliorer la qualité de vie), mais aussi pour l'ensemble de la population (car les personnes conscientes de leur séropositivité pour le VIH sont plus susceptibles d'adopter des stratégies visant à réduire le risque de retransmission du virus), constitue l'une des réponses stratégiques essentielles au Canada et à l'échelle mondiale. Le diagnostic en temps opportun est un objectif majeur de la toute récente initiative 90-90-90 du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA qui vise à ce que 90 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique d'ici 2020 (2).

La déclaration à l'échelle nationale des cas de VIH a vu le jour en 1985. Entre 1996 et 2008, environ 2 100 à 2 700 nouveaux cas de VIH ont été déclarés chaque année au Canada; toutefois, le nombre de personnes vivant avec le VIH était beaucoup plus élevé. Selon l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence), à la fin de 2014, le nombre de personnes vivant avec le VIH (y compris le sida) s'élevait à environ 75 500 au Canada (3). Étant donné que les nouveaux traitements de l'infection au VIH ont fait diminuer la mortalité liée au VIH et puisque les nouvelles infections continuent à survenir à un taux supérieur au nombre de décès liés au VIH, le nombre total de Canadiens vivant avec une infection au VIH continuera vraisemblablement à augmenter dans les prochaines années.

Le présent article propose un bref aperçu de l'épidémiologie des nouveaux cas déclarés au Canada entre 2009 et 2014 et résume les tendances récemment observées par région, sexe, groupe d'âge, catégorie d'exposition et race/origine ethnique. Les données présentées ci-dessus sont fondées sur le document intitulé [Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2014](#) (4). Cette série de Rapports de surveillance sur le VIH et le sida, publiée chaque année, offre un aperçu à l'échelle nationale des données de surveillance recueillies sur les cas de VIH et de sida au Canada.

Méthodologie

Collecte des données

Au Canada, les données sur le VIH sont compilées au niveau national à partir de quatre sources : le système national de surveillance du VIH/sida (Agence de la santé publique du Canada), le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants), les données de dépistage médical du VIH aux fins d'immigration (Citoyenneté et Immigration Canada) et les données statistiques de l'état civil de Statistique Canada. Aux fins de cet article, nous nous intéresserons principalement aux deux premières sources.

Le système national de surveillance du VIH et sida

Le système national de surveillance du VIH/sida est un système de surveillance passive qui recueille les données provenant de toutes les autorités sanitaires provinciales et territoriales, soumises volontairement chaque année à l'Agence.

Le VIH est une maladie à déclaration obligatoire à l'échelle nationale; en tant que telle, elle fait partie des priorités de surveillance nationale. La participation au système est facultative, les cas étant soumis par les autorités sanitaires provinciales ou territoriales. Les lois régissant la déclaration des maladies infectieuses prioritaires au sein des provinces et territoires varient d'une province ou d'un territoire à l'autre; en 2015, la déclaration des cas de VIH est obligatoire (les critères de définition de cas variant toutefois) dans l'ensemble des provinces et territoires.

Bien que les critères et les méthodes de déclaration des cas de VIH varient à l'échelle du pays (5), les cas déclarés à l'Agence doivent être conformes à la définition nationale d'un cas qui exige une preuve de l'infection au VIH en laboratoire au moyen d'un test de dépistage confirmé des anticorps anti-VIH donnant des résultats réactifs répétés chez les personnes de plus de 15 mois ou pour les cas présentant des antécédents de transmission du VIH non liée à une transmission de la mère au fœtus. Voir la définition nationale de cas de VIH dans l'encadré ci-dessous.

Définition nationale de cas du VIH (6)

Adultes, adolescents et enfants ≥ 18 mois :

Détection d'anticorps VIH, suivie d'une confirmation (p. ex. dosage immunoenzymatique (EIA) confirmé par un test Western Blot ou autre épreuve de confirmation) OU détection des acides nucléiques du VIH (p. ex. réaction de polymérisation en chaîne [ADN, PCR] ou ARN plasmatique) OU détection de l'antigène p24 avec confirmation par test de neutralisation OU isolement du VIH en culture

Enfants < 18 mois (sur deux échantillons séparés prélevés à des moments différents) :

Détection des acides nucléiques du VIH (p. ex. réaction de polymérisation en chaîne [ADN, PCR] ou ARN plasmatique) OU détection de l'antigène p24 avec confirmation par test de neutralisation OU isolement du VIH en culture

La base de données de surveillance du VIH se compose de données non nominatives sur des personnes ayant reçu un diagnostic d'infection au VIH, y compris, sans toutefois s'y limiter, le groupe d'âge, le sexe, la race ou l'origine ethnique, le pays de naissance et les risques associés à la transmission du VIH, lesquels sont classés par catégories d'exposition (voir l'encadré sur les catégories d'exposition ci-dessous).

Établissement de la catégorie d'exposition pour le VIH

Les cas de sida et de VIH sont classés dans une seule catégorie d'exposition selon une hiérarchie des facteurs de risque. Lorsque plus d'un facteur de risque est signalé, le cas est classé selon la catégorie d'exposition qui figure en premier (ou le plus haut) dans la hiérarchie. Par exemple, les utilisateurs de drogues injectables (UDI) peuvent également présenter un risque d'infection au VIH en raison de leurs activités sexuelles hétérosexuelles. Toutefois, l'utilisation de drogues par injection est considérée comme l'activité la plus risquée entraînant un plus grand risque de transmission du VIH. La hiérarchie est la suivante :

- Transmission périnatale
- HARSAH-UDI (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et utilisant des drogues injectables)
- HARSAH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes)
- UDI : utilisation de drogues injectables
- Receveurs de sang ou de produits sanguins
- Contact hétérosexuel (originaire d'un pays où le VIH est endémique; contact sexuel avec une personne à risque; ou aucun risque signalé/hétérosexuel)
- Exposition professionnelle
- Autres
- Aucun risque signalé

Des procédures normalisées d'enregistrement des données ont été appliquées à tous les ensembles de données provinciaux et territoriaux soumis afin de créer un ensemble de données nationales à des fins d'analyse.

Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada

Des données nationales sur l'état sérologique des nourrissons exposés en période périnatale à l'infection au VIH sont recueillies par l'intermédiaire du Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada, une initiative du Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants. Le Réseau canadien pour les essais VIH et la Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie au sein de l'Agence offrent leur soutien au Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC).

Le PSPVC est un système de surveillance sentinelle qui recueille des données sur tous les nourrissons et enfants nés de mères reconnues comme étant séropositives pour le VIH au Canada (7). Le PSPVC vise les nourrissons dont l'exposition au VIH pendant la grossesse a été établie, ainsi que les nourrissons plus âgés et les enfants dont l'exposition n'a pas été décelée pendant la période périnatale ou qui sont nés à l'extérieur du Canada et sont traités contre une infection au VIH. Les données ont été obtenues au moyen d'une enquête nationale confidentielle et non nominative sur les nourrissons connus des pédiatres travaillant dans des centres de soins tertiaires et des spécialistes du VIH œuvrant dans des cliniques spécialisées à l'échelle du pays. L'état sérologique des nourrissons est indiqué de la façon suivante : « infection confirmée », « absence d'infection confirmée » ou « statut à l'égard de l'infection non confirmée », conformément aux

définitions de cas de l'agence américaine Centers for Disease Control and Prevention (CDC) utilisées aux fins de la surveillance de l'infection à VIH (8). Des épreuves virologiques de détection de l'acide désoxyribonucléique (ADN) ou de l'acide ribonucléique (ARN) du VIH (réaction de polymérisation en chaîne) sont utilisées pour confirmer l'état sérologique avant quatre mois.

Le statut des nourrissons est classé « non confirmé » s'ils n'ont pas encore subi le nombre de tests requis pour déterminer leur état sérologique. Le statut actuel des nourrissons dont l'infection a été confirmée est défini de la manière suivante : asymptomatique, symptomatique, décédé du sida, décédé d'une autre cause que le sida ou perdu de vue.

Analyse

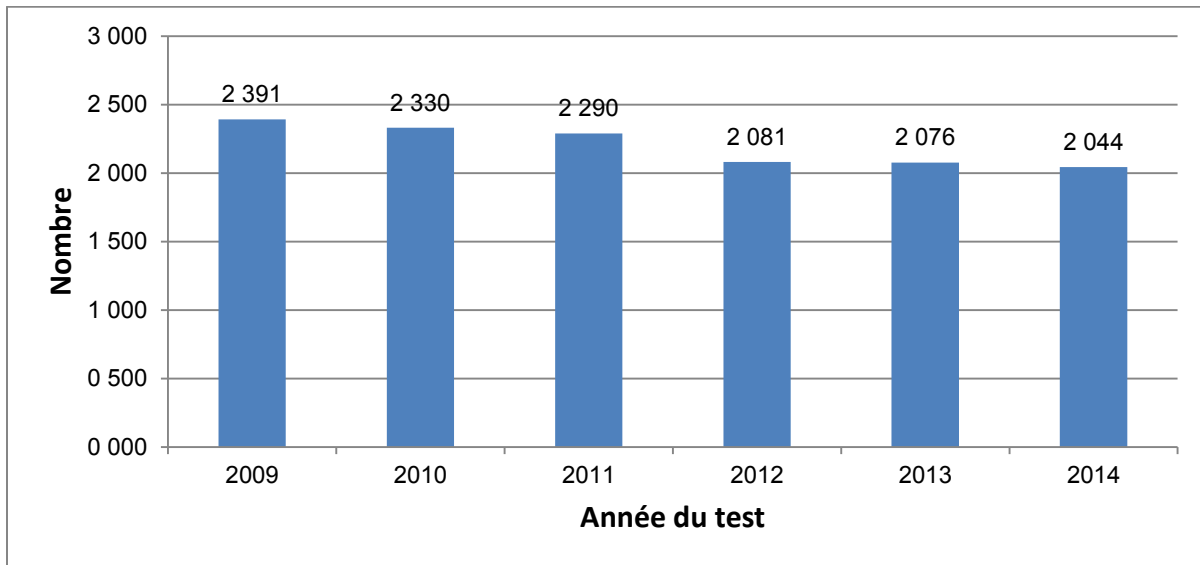
Le calcul des statistiques descriptives repose sur les données du système national de surveillance du VIH/sida et du PSPVC couvrant la période allant de 2009 à 2014. Les données du système national de surveillance du VIH/sida ont été stratifiées comme suit : province ou territoire ayant fait la déclaration, groupe d'âge, sexe, catégorie d'exposition et race ou origine ethnique. Les données du PSPVC présentées ont été stratifiées comme suit : année de naissance du nourrisson, utilisation de traitement antirétroviral, état sérologique, race ou origine ethnique, et pays de naissance de la mère.

Le nombre et la proportion des cas présentés dans le présent article correspondent aux données reçues dans le cadre des activités de surveillance de routine de l'infection à VIH; aucune technique statistique n'a été appliquée pour tenir compte des données manquantes. Les données des tableaux contenant de petites cellules ($n \leq 5$) ont été examinées pour déceler tout problème lié à la qualité des données et à l'identification des cas. Des stratégies telles que la suppression de données ou la compression de catégories de données ont été utilisées lorsque cela était jugé nécessaire par les analystes nationaux ou par les fournisseurs de données provinciaux et territoriaux.

Résultats

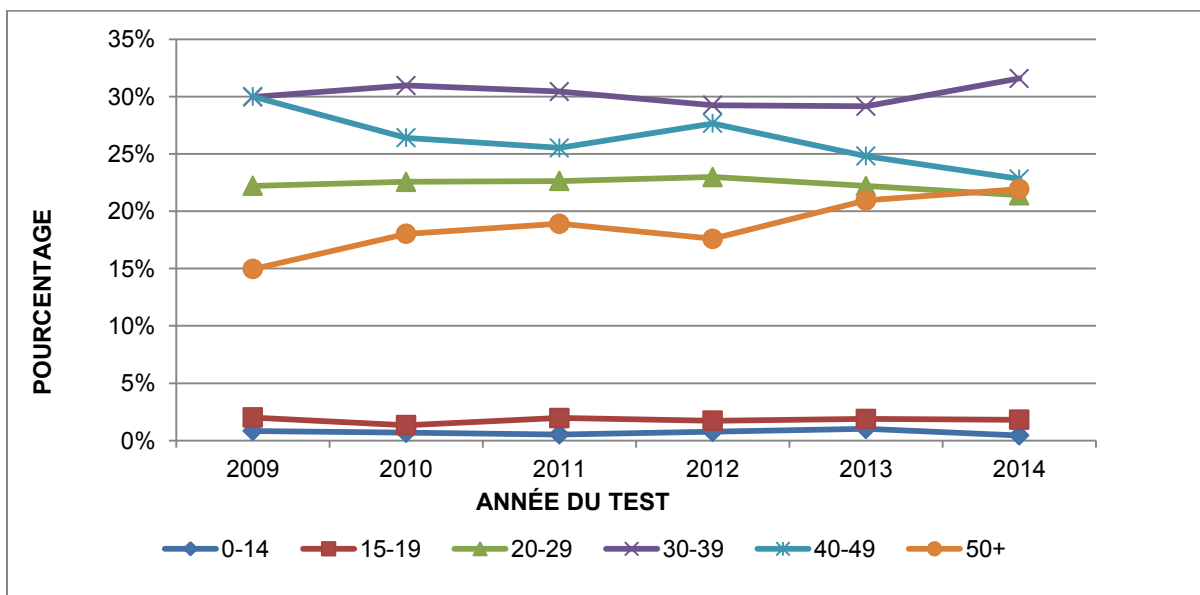
Tendances de l'infection par le VIH, au fil du temps

Le nombre de cas déclarés de VIH diminue régulièrement chaque année depuis 2009; en 2014, 2 044 cas ont été déclarés, ce qui représente une baisse de 1,7 % par rapport aux 2 076 cas déclarés en 2013 et constitue le nombre annuel le plus bas observé au cours des vingt dernières années (**Figure 1**).

Figure 1 : Nombre de cas du VIH déclarés par année de test – Canada, de 2009 à 2014

Distribution par âge et par sexe

La plus grande proportion de cas de VIH diagnostiqués revient au groupe d'âge des 30 à 39 ans, qui dénombre environ un tiers des cas déclarés annuellement, suivi par le groupe des 40 à 49 ans. Ces dernières années, la proportion de cas diagnostiqués chez les 50 ans et plus a augmenté; en 2014, la proportion de cas déclarés dans ce groupe d'âge dépassait celle déclarée chez les 20 à 29 ans (**Figure 2**). À noter que l'âge indiqué dans ces données est l'âge à la pose du diagnostic, ce qui ne correspond pas nécessairement à l'âge de la contraction de l'infection.

Figure 2 : Nombre de cas du VIH déclarés en fonction du groupe d'âge et de l'année du test – Canada, de 2009 à 2014

Les hommes ont toujours détenu la majorité des cas de VIH déclarés; dans les années 1990, on dénombrait plus de 90 % des cas annuels de VIH dans cette population. Entre 2009 et 2014, la proportion annuelle des

cas de VIH déclarés revenant aux femmes est demeurée stable, représentant environ un quart des cas (plage de 21,8 à 25,8 %).

En général, l'âge du diagnostic diffère entre les hommes et les femmes : le VIH est diagnostiqué à un âge plus précoce chez les femmes (≤ 15 , de 15 à 19 et de 20 à 29 ans) par rapport aux hommes, dont une plus grande proportion des cas de VIH sont diagnostiqués à un âge plus avancé (de 30 à 39, de 40 à 49 et de 50 ans et plus).

Catégorie d'exposition

Les tendances relatives aux catégories d'exposition ont évolué depuis le début de la déclaration des cas de VIH. Au tout début de l'épidémie, plus de 80 % des cas dont la catégorie d'exposition était connue étaient attribués à la catégorie d'exposition « Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes » (HARSAH). Bien que cette catégorie d'exposition reste prédominante au Canada, la proportion a diminué au fil des ans.

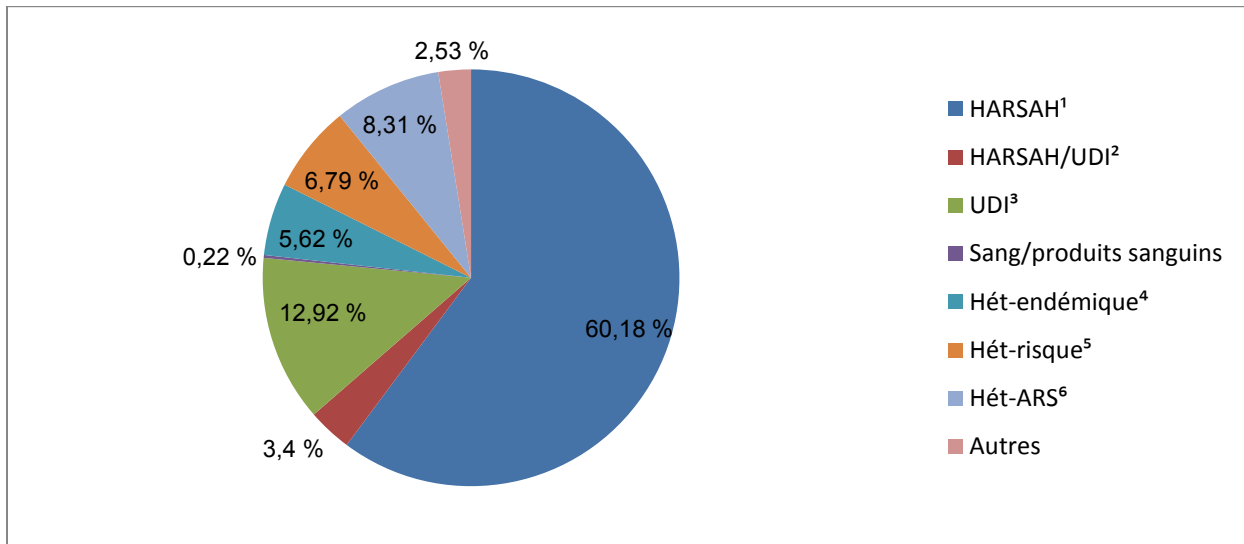
Entre 2009 et 2014, parmi les cas dont la catégorie d'exposition était connue (67,0 %), 45,9 % de tous les cas de VIH déclarés chez les adultes (≥ 15 ans) étaient attribués à la catégorie d'exposition HARSAH. La deuxième catégorie d'exposition en importance signalée chez les adultes était celle liée aux contacts hétérosexuels (31,5 %), avec une répartition quasi uniforme des cas de VIH attribués à des contacts hétérosexuels chez les personnes nées dans un pays où le VIH est endémique (Hét-endémique, 10,7 %), à des contacts hétérosexuels avec une personne à risque (Hét-risque, 10,5 %), et à des contacts hétérosexuels avec une personne ne présentant aucun risque signalé (Hét-ARS, 10,3 %). La troisième catégorie d'exposition en importance signalée chez les adultes entre 2009 et 2014 était celle liée à l'utilisation de drogues par injection (UDI) qui représentait 16,3 % des cas de VIH déclarés.

Catégorie d'exposition et le sexe

La répartition des cas de VIH entre les hommes et les femmes adultes (≥ 15 ans) diffère en ce qui a trait à la catégorie d'exposition. Entre 2009 et 2014, la catégorie d'exposition HARSAH dénombrait la plus grande proportion (60,2 %) des cas de VIH déclarés chez les hommes adultes, tandis que le contact hétérosexuel (y compris les groupes Hét-endémique, Hét-risque et Hét-ARS) représentait 66,2 % des cas chez les femmes adultes (**Figure 3** et **Figure 4**). En ce qui concerne les contacts hétérosexuels, une différence importante a été observée entre les hommes et les femmes dans la catégorie d'exposition Hét-endémique qui comptait 27,0 % des cas de contact hétérosexuel chez les femmes par rapport à 5,6 % chez les hommes.

L'exposition par UDI représentait environ un quart des cas de VIH chez les femmes adultes (27,0 %) par rapport à 16,3 % des cas de VIH chez les hommes adultes (12,9 % par exposition par UDI et jusqu'à 3,4 % dans la catégorie HARSAH/UDI).

Figure 3 : Proportion des cas du VIH déclarés parmi les hommes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition – Canada, de 2009 à 2014



¹ HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

² HARSAH/UDI : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et utilisant des drogues injectables

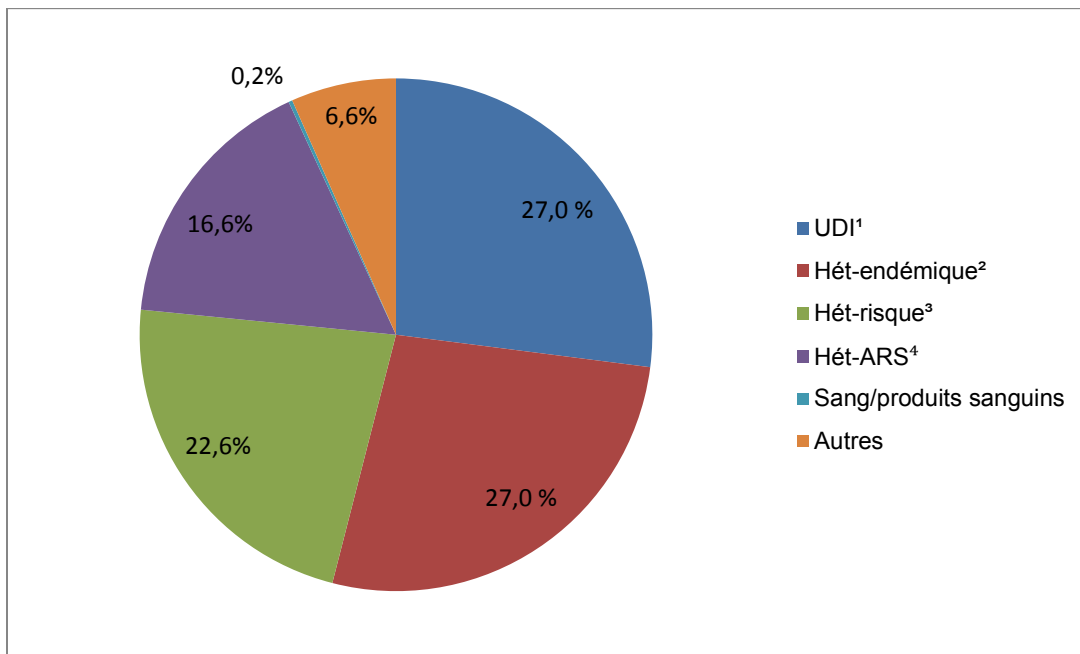
³ UDI : utilisation de drogues injectables

⁴ Hét-endémique : originaire d'un pays où le VIH est endémique

⁵ Hét-risque : contact hétérosexuel avec une personne à risque

⁶ Hét-ARS : contact hétérosexuel avec aucun risque signalé

Figure 4 : Proportion des cas du VIH déclarés parmi les femmes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition – Canada, de 2009 à 2014



¹ UDI : utilisation de drogues injectables

² Hét-endémique : originaire d'un pays où le VIH est endémique

³ Hét-risque : contact hétérosexuel avec une personne à risque

⁴ Hét-ARS : contact hétérosexuel avec aucun risque signalé

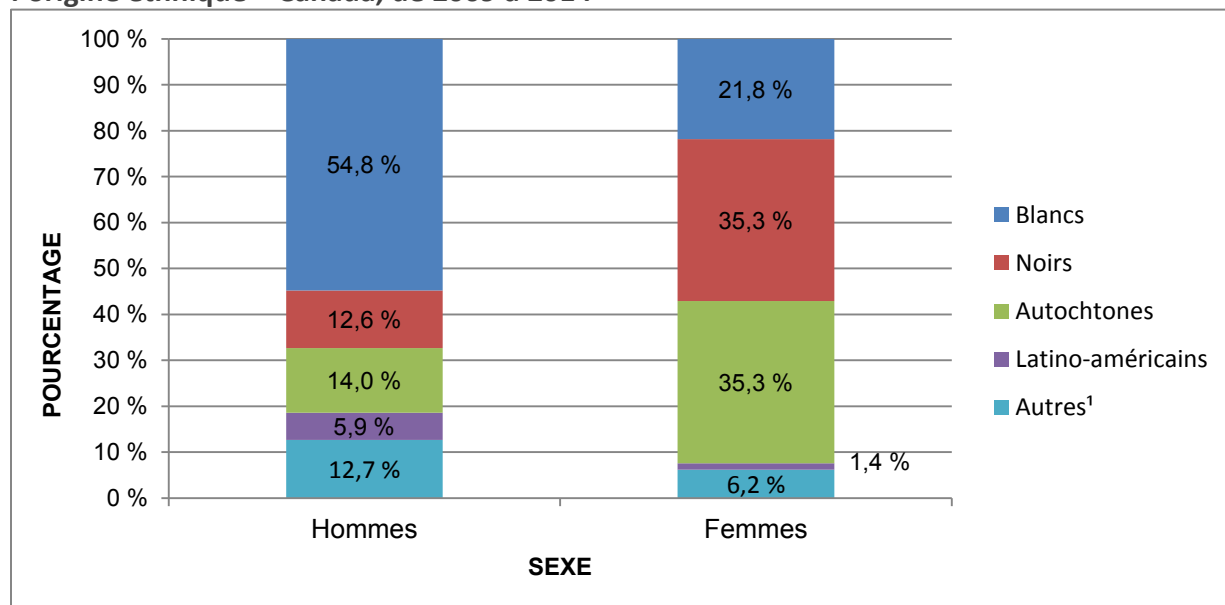
Distribution selon la race ou l'origine ethnique

Des renseignements sur la race ou l'origine ethnique étaient disponibles pour environ deux tiers (59,8 %) des cas de VIH déclarés entre 2009 et 2014. Bien qu'il s'agisse d'une amélioration par rapport aux années précédant l'année 2009, les tendances nationales présentées dans le présent article doivent être interprétées avec prudence étant donné qu'un nombre important de cas de VIH ne sont pas inclus dans l'analyse de la race ou de l'origine ethnique. Ces données pourraient ne pas être entièrement représentatives du Canada, car les données sur la race ou l'origine ethnique concernant les cas de VIH dans les provinces et les territoires ayant des populations plus diversifiées ne sont pas incluses.

Entre 2009 et 2014, près de la moitié des cas de VIH déclarés ont été identifiés comme : Blancs (46,8 %), suivie par Autochtones (19,2 %) et Noirs (18,1 %). La répartition du groupe autochtone est la suivante : Premières Nations 14,3 %, Métis 1,5 %, Autochtones d'origine non précisée 3,3 % et Inuits 0,0 %.

La distribution des cas selon la race ou l'origine ethnique varie en fonction du sexe : entre 2009 et 2014, chez les hommes, la catégorie des Blancs (54,8 %) recueillait la majorité des cas, suivie des Autochtones (14,0 %) et des Noirs (12,6 %) (**Figure 5**). Comparativement, chez les femmes, les catégories de Noirs (35,3 %) et d'Autochtones (35,3 %) venaient en tête avec des proportions de cas égales, suivie de la catégorie des Blancs (21,8 %).

Figure 5 : Proportion de cas du VIH déclarés (tous âges confondus) selon le sexe et la race ou l'origine ethnique – Canada, de 2009 à 2014



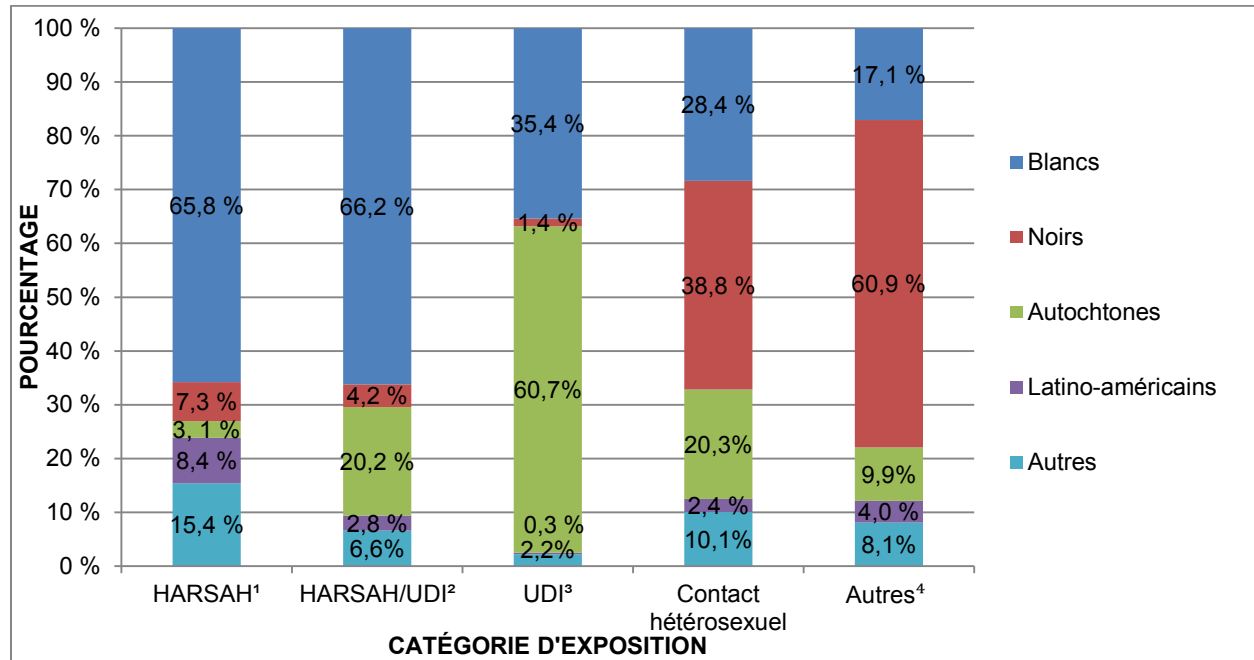
¹ « Autres » comprend les Asiatiques, les Asiatiques du Sud, de l'Ouest, les Arabes et autres races ou origines ethniques

Race ou origine ethnique et catégorie et d'exposition

Des renseignements sur la race ou l'origine ethnique et sur la catégorie d'exposition étaient disponibles pour 58,3 % des cas déclarés entre 2009 et 2014. Étant donné qu'un nombre important de cas du VIH n'était pas signalé avec ces deux éléments de données, cette section n'est probablement pas représentative de la distribution générale selon la catégorie d'exposition et la race ou l'origine ethnique au Canada.

Parmi les cas de VIH attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH, la majorité (65,8 %) est comprise dans le groupe Blancs (**Figure 6**). Presque tous les cas de VIH attribués à l'exposition par UDI étaient des Autochtones (60,7 %) ou des Blancs (35,4 %). Parmi les cas attribués à la catégorie Hét-épidémique (une des catégories d'exposition relevant des contacts hétérosexuels), 82,9 % étaient dans la catégorie des Noirs.

Figure 6 : Proportion de cas du VIH déclarés (tous âges confondus) selon la catégorie d'exposition et la race ou l'origine ethnique – Canada, de 2009 à 2014



¹HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

²HARSAH/UDI : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et utilisant des drogues injectables

³UDI : utilisation de drogues injectables

⁴« Autres » comprend les Asiatiques, les Asiatiques du Sud, de l'Ouest, les Arabes et autres races ou origines ethniques

Distribution géographique

Le taux de diagnostic (tous âges confondus) de VIH au Canada en 2014 était de 5,8 cas pour 100 000 habitants. Le taux le plus élevé (pour 100 000 habitants) était en Saskatchewan (10,8 cas), suivi par le Yukon (8,2 cas), l'Alberta (6,7 cas), le Manitoba (6,6 cas) et l'Ontario (6,1 cas). En Saskatchewan, le taux de diagnostics de VIH tous âges confondus a atteint un pic de 19,2 cas pour 100 000 habitants en 2009, avec des diminutions annuelles par la suite. Les taux déclarés de diagnostic de VIH par les autres provinces et territoires étaient tous inférieurs au taux national (plage allant de 0.0 au Nunavut à 5,7 pour 100 000 en Colombie-Britannique). Le **Tableau 1** fournit le nombre de cas déclarés et le taux de diagnostic de VIH par province et territoire pour les années 2009 à 2014.

Tableau 1 : Nombre de cas du VIH et taux de diagnostic (pour 100 000 habitants), dans l'ensemble du Canada et par province et territoire de 2009 à 2014

Année de diagnostic	Nombre / Taux	Canada	¹ C.-B.	² Yn	³ Alb.	⁴ T.N.-O.	⁵ Nt	⁶ Sask.	⁷ Man.	⁸ Ont.	⁹ Qc	¹⁰ N.-B.	¹¹ N.-É.	¹² Î.-P.-É.	¹³ T.-N.-L.
2009	Nombre	2 391	337	<5 ¹⁴	219	<5	0	199	103	996	512	<5	13	0	6
	Taux	7,1	7,6	--	6,0	--	0,0	19,2	8,5	7,7	6,5	--	1,4	0,0	1,2
2010	Nombre	2 330	300	<5	204	0	0	174	121	1 025	476	8	15	<5	<5
	Taux	6,9	6,7	--	5,5	0,0	0,0	16,5	9,9	7,8	6,0	1,1	1,6	--	--
2011	Nombre	2 290	288	<5	224	<5	0	188	77	1 003	477	10	15	<5	<5
	Taux	6,7	6,4	--	5,9	--	0,0	17,6	6,2	7,6	6,0	1,3	1,6	--	--
2012	Nombre	2 081	237	<5	242	<5	0	184	71	869	443	<5	18	<5	9
	Taux	6,0	5,2	--	6,2	--	0,0	16,9	5,7	6,5	5,5	--	1,9	--	1,7
2013	Nombre	2 076	267	<5	261	<5	0	129	118	815	453	5	16	<5	7
	Taux	5,9	5,8	--	6,5	--	0,0	11,7	9,3	6,0	5,6	0,7	1,7	--	1,3
2014	Nombre	2 044	262	<5	276	<5	0	121	85	837	435	<5	10	<5	10
	Taux	5,8	5,7	--	6,7	--	0,0	10,8	6,6	6,1	5,3	--	1,1	--	1,9

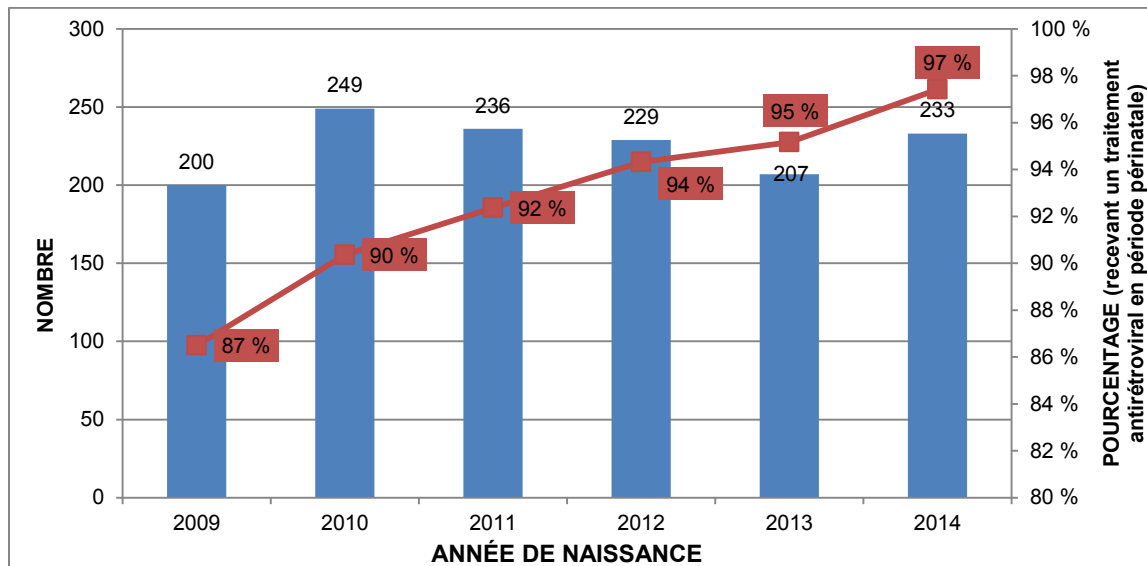
¹C.-B. : Colombie-Britannique; ²Yn : Yukon; ³Alb. : Alberta; ⁴T.N.-O. : Territoires du Nord-Ouest; Nt : Nunavut; ⁶Sask. : Saskatchewan; ⁷Man. : Manitoba; ⁸Ont. : Ontario; ⁹Qc : Québec; ¹⁰N.-B. : Nouveau-Brunswick; ¹¹N.-É. : Nouvelle-Écosse; ¹²Î.-P.-É. : Île-du-Prince-Édouard; ¹³T.-N.-L. : Terre-Neuve-et-Labrador; ¹⁴Aucun taux disponible pour les nombres inférieurs à 5.

Transmission d'une mère à son enfant (exposition périnatale)

Sur l'ensemble du Canada, entre 2009 et 2014, le nombre de nourrissons ayant été exposés au VIH durant la période prénatale se situait chaque année entre 200 et 249 cas. En 2014, 233 cas d'exposition périnatale au VIH ont été déclarés chez les nourrissons, ce qui constitue une augmentation de 14,8 % du nombre de cas par rapport aux 207 cas signalés en 2013 (**Figure 7**).

La proportion de mères séropositives pour le VIH recevant un traitement antirétroviral (TA) a augmenté au fil du temps, s'établissant à 97,4 % en 2014 (**Figure 7**). De ce fait, le nombre de nourrissons nés au Canada présentant une infection au VIH confirmée a diminué au cours des cinq dernières années. En 2009, huit cas d'infection au VIH confirmée (4,0 %) ont été dénombrés; en 2014 seuls deux cas ont été dénombrés (0,4 %).

Figure 7 : Nombre de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale et proportion de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale recevant un traitement antirétroviral en période périnatale selon l'année de naissance – Canada, de 2009 à 2014



Un examen de tous les nourrissons ayant été exposés pendant la période périnatale entre 2009 et 2014 indique que pour la majorité d'entre eux (77,4 %), l'infection de la mère était attribuable à des contacts hétérosexuels alors que pour près d'un cinquième d'entre eux (18,3 %), elle était attribuée à l'utilisation de drogues par injection. En ce qui concerne la distribution selon la race ou l'origine ethnique chez les nourrissons, plus de la moitié des cas (54,1 %) sont déclarés comme étant de race noire, un cinquième (19,6 %) comme Autochtones et près d'un cinquième (18,5 %) comme de race blanche. La région de naissance de la mère pour la majorité des nourrissons était l'Afrique (44,8 %), l'Amérique du Nord (39,3 %) et les Caraïbes (6,6 %).

Discussion

Le nombre annuel de nouveaux cas de VIH déclarés au Canada a diminué au cours de ces dernières années. En 2014, le nombre de nouveaux cas de VIH déclarés à l'Agence était le nombre annuel le plus bas déclaré au cours des vingt dernières années; le taux est désormais de 5,8 cas pour 100 000 habitants. Dans l'ensemble du Canada, la catégorie d'exposition des HARSAH demeure la principale catégorie d'exposition au VIH, suivie des contacts hétérosexuels et de l'exposition liée à l'utilisation de drogues injectables, les nombres variant quelque peu selon le sexe, la province ou le territoire et la race ou l'origine ethnique. Des différences marquées ont été observées entre les hommes et les femmes en ce qui concerne l'âge au moment du diagnostic du VIH. Le diagnostic du VIH avait tendance à être établi à un plus jeune âge chez les femmes que chez les hommes. Par ailleurs, la proportion de cas de VIH diagnostiqués chez les Canadiens de 50 ans et plus a augmenté progressivement. Bien que le nombre d'enfants exposés durant la période périnatale ait légèrement augmenté en 2014, la proportion de mères séropositives pour le VIH recevant un traitement a également augmenté et seulement deux cas confirmés de nourrissons infectés par le VIH ont été recensés au Canada.

Les données du système national de surveillance du VIH comportent plusieurs limitations dues notamment aux pratiques de déclaration qui varient entre les provinces et territoires, aux retards de déclaration, aux sous-déclarations, aux déclarations en double, aux données manquantes ou incomplètes. L'exhaustivité des données épidémiologiques recueillies et soumises à l'Agence varie selon la province ou le territoire. En particulier, les renseignements relatifs à la catégorie d'exposition, à la race ou à l'origine ethnique sont incomplets pour bon nombre de cas déclarés. À noter, par exemple, que le Québec ne soumet à l'Agence

aucun renseignement sur la catégorie d'exposition ou la race ou l'origine ethnique des cas de VIH déclarés; toutefois, la province publie des rapports provinciaux qui comprennent des renseignements sur ces paramètres. En Ontario, l'exhaustivité des données relatives à la catégorie d'exposition, à la race ou à l'origine ethnique concernant les cas de VIH a évolué au fil du temps. Elle s'est fortement améliorée pour les données recueillies depuis 2009 en raison de l'inclusion de données supplémentaires recueillies par l'intermédiaire du Programme d'amélioration des laboratoires. Le Manitoba ne fournit pas de données désagrégées sur les populations autochtones. Les données de surveillance périnatale collectées par le PSPVC étant issues d'un système de surveillance sentinelle, l'existence d'un biais lié au processus d'aiguillage est possible car les données collectées proviennent des principaux centres d'aiguillage de chaque zone géographique (7).

Il est important de préciser que nos données tendent à sous-estimer l'ampleur de l'épidémie de VIH. Les données de surveillance ne reflètent pas le nombre total de personnes infectées par le VIH (prévalence) ni le nombre de personnes nouvellement infectées chaque année (incidence). Elles ne nous renseignent que sur les personnes ayant subi le test de dépistage et reçu le diagnostic de VIH. De plus, parce que le VIH est une infection chronique avec une longue période de latence, de nombreuses personnes nouvellement infectées au cours d'une année donnée peuvent n'être diagnostiquées que bien plus tard dans la vie. L'évolution au fil du temps des comportements individuels ou sociétaux peut contribuer à une évolution des tendances observées sur la maladie, notamment une évolution des tendances de dépistage du VIH (les personnes qui viennent subir un test de dépistage et le moment où elles viennent).

La connaissance de la séropositivité pour le VIH demeure un important problème. À la fin de l'année 2014, environ 21 % des 75 500 personnes vivant avec le VIH au Canada ignoraient qu'elles étaient infectées. N'étant pas prises en charge par les systèmes de santé et de surveillance des maladies, ces personnes ne peuvent tirer parti des services appropriés de prévention, de soins et de traitement avant de subir un dépistage et de recevoir un diagnostic. La connaissance de la séropositivité est également importante pour prévenir la transmission verticale du virus.

Au Canada, la transmission continue du VIH demeure préoccupante. Étant donné que les nouveaux traitements de l'infection au VIH ont fait diminuer la mortalité liée au VIH et que les nouvelles infections continuent à se produire, le nombre total de Canadiens vivant avec une infection au VIH continuera vraisemblablement à augmenter dans les prochaines années. Ainsi, la diminution documentée du taux de nouveaux cas ne signifie pas pour autant que les besoins en matière de soins liés au VIH vont diminuer. Il importe de poursuivre les efforts engagés afin de pouvoir joindre les cas non diagnostiqués de VIH pour diminuer la transmission (9).

Enfin, compte tenu des variations du nombre de déclarations de cas d'infection au VIH, ainsi que des variations d'un profil démographique à l'autre (p. ex. race ou origine ethnique, âge et sexe) dans les provinces et les territoires, les données figurant dans le présent article font ressortir la nécessité de concevoir des interventions propres à chaque population.

Les données nationales de surveillance du VIH recueillies par l'Agence continuent à éclairer les travaux suivants : les estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada; la mise au point et l'évaluation du parcours de soins pour l'infection à VIH; l'élaboration et l'évaluation des directives et recommandations nationales en matière de santé publique (p. ex. lignes directrices sur le dépistage du VIH); l'élaboration de politiques et de programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux pour prévenir et contrôler le VIH/sida, l'élaboration et la diffusion de connaissances crédibles et d'une orientation fondées sur les preuves en matière de santé publique pour appuyer les professionnels de la santé et l'élaboration de stratégies d'intervention ciblées à l'échelle locale, provinciale et nationale.

Remerciements

La surveillance du VIH à l'échelle nationale est possible grâce au soutien de toutes les provinces et de tous les territoires qui participent à cette activité et en déterminent l'orientation. L'Agence tient donc à remercier tous les coordonnateurs et le personnel des laboratoires, les fournisseurs de soins de santé et les médecins

provinciaux et territoriaux des programmes sur le VIH/sida d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives qui nous ont permis de publier cet article.

L'Agence remercie également le Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants d'avoir bien voulu fournir des données sur l'exposition périnatale au VIH.

Conflit d'intérêts

Aucun

Références

- (1) Global summary of the AIDS epidemic, 2014.
http://www.who.int/hiv/data/epi_core_july2015.png?ua=1
- (2) Joint United Nations Programme on AIDS (UNAIDS). 90-90-90—An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2014.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf
- (3) Public Health Agency of Canada. Summary: Estimates of HIV Incidence, Prevalence and Proportion Undiagnosed in Canada, 2014. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2015. (Disponible en français : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat2011-fra.php>)
- (4) Public Health Agency of Canada. HIV and AIDS in Canada: Surveillance Report to December 31, 2014. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2015. (Publication à venir)
- (5) National Collaborating Centre for Infectious Diseases. Notifiable Diseases Database.
http://nddb.ca/diseaseinfo/search/search_disease#search_disease
- (6) Public Health Agency of Canada. Case definitions for communicable diseases under national surveillance. *CCDR*. 2009 Nov;35S2:86-7. (Disponible en français : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2013/dec/assets/pdf/hiv-aids-surveillance-fra.pdf>)
- (7) Forbes JC, Limenti AM, Singer J, Brophy JC, Bitnun A, Samson LM, *et al.*; Canadian Pediatric AIDS Research Group. A national review of vertical HIV transmission. *AIDS*. 2012 Mar 27;26(6):757-63. doi: 10.1097/QAD.0b013e328350995c.
- (8) Schneider E, Whitmore S, Glynn MK, Dominguez K, Mitsch A, McKenna MT. Revised surveillance case definitions for HIV infection among adults, adolescents, and children aged <18 months and for HIV infection and AIDS among children aged 18 months to <13 years—United States, 2008. *MMWR*. 2008 Dec 5;57(RR-0):1-16. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5710.pdf>
- (9) Traversy GP, Austin T, Ha S, Timmerman K, Gale-Rowe M. An overview of recent evidence on barriers and facilitators to HIV testing. *CCDR*. 2015 Dec;41(12): 445-454. (Disponible en français : <http://phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/15vol41/dr-rm41-12/ar-01-fra.php>)