



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

Rapport annuel 2021

SURVEILLANCE ET VIGIE

JUILLET 2023

RAPPORT DE SURVEILLANCE

AUTEURS ET AUTRICE

Raphaël Bitera
Michel Alary
Direction des risques biologiques

Diane Sylvain
Laboratoire de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Pierre-Henri Minot
Direction des risques biologiques

COLLABORATION

Éric Demers, Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé
Hôpital du Saint-Sacrement - Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval

Ghayas Fadel
Ludivine Veillette-Bourbeau
Direction de la prévention des ITSS
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Karine Blouin
Anne Bruneau
Elizabeth Parenteau
Direction des risques biologiques

Aurélie Maheux Dubuc
Direction de la valorisation scientifique et qualité

Bouchra Serhir
Maud Vallée
Laboratoire de santé publique du Québec

Les auteurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Virginie Boué
Direction des risques biologiques

FINANCEMENT

Le programme de surveillance et l'analyse des données sont réalisés grâce au financement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

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

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

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

Dépôt légal – 3^e trimestre 2023
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN : 1913-3405 (PDF)
ISBN : 978-2-550-95221-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2023)

REMERCIEMENTS

Merci aux collègues de l'unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang (Direction des risques biologiques) pour leurs commentaires et révisions.

La surveillance épidémiologique des cas d'infection par le VIH, qui a débuté en avril 2002, ne saurait être possible sans la précieuse collaboration des médecins et du personnel infirmier qui fournissent les renseignements épidémiologiques requis, des professionnels et professionnelles de la santé publique impliqués de près ou de loin dans les activités de surveillance de l'infection par le VIH, et bien entendu des personnes vivant avec le VIH.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	II
LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES	IV
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	V
FAITS SAILLANTS	1
RÉSUMÉ	2
1 CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE	6
1.1 Modalité de collecte des données.....	6
1.2 Procédure d'élimination des doublons et confidentialité.....	9
1.3 Analyses	9
1.4 Définition d'un nouveau et d'un ancien diagnostic	11
2 RÉSULTATS	13
2.1 Nombre et proportion de tests confirmés positifs.....	13
2.2 Caractéristiques des cas.....	15
2.2.1 Les cas enregistrés pour l'année 2021	15
2.2.2 Les nouveaux diagnostics de 2021	20
2.2.3 Les anciens diagnostics rapportés en 2021	36
3 INTERPRÉTATION ET LIMITES DES DONNÉES	37
3.1 Interprétation des résultats	37
3.2 Limites des données.....	38
3.3 En conclusion	40
BIBLIOGRAPHIE	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre de tests de dépistage par mois et variations dans la période 2019-2021	14
Tableau 2	Répartition des cas par région et selon le genre, 2021	16
Tableau 3	Répartition des cas par catégorie d'exposition et selon le genre, 2021	17
Tableau 4	Distribution des cas par origine ethnoculturelle et selon le genre, 2021	19
Tableau 5	Taux de CD4 des cas de l'année 2021	20
Tableau 6	Statut clinique et taux de CD4 des nouveaux diagnostics en 2021	23
Tableau 7	Répartition des NOUVEAUX DIAGNOSTICS chez les HARSAH et dans l'ENSEMBLE, selon le taux de CD4 et l'année du prélèvement, 2013-2021.....	24
Tableau 8	Répartition des NOUVEAUX DIAGNOSTICS de cas OPE et de cas HÉTÉROSEXUELS, selon le taux de CD4 et l'année du prélèvement, 2013-2021	25
Tableau 9	Répartition des NOUVEAUX DIAGNOSTICS chez les PUDI et les HARSAH/PUDI, selon le taux de CD4 et l'année du prélèvement, 2013-2021	26
Tableau 10	Antécédents de dépistage du VIH des cas nouvellement diagnostiqués en 2021	27
Tableau 11	Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS pour 100 000 personnes, selon la région, 2012-2021	34
Tableau 12	Répartition (%) des NOUVEAUX DIAGNOSTICS enregistrés pour le genre masculin et pour le genre féminin, et taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS pour 100 000 personnes, par région, 2017-2021	35
Tableau 13	Répartition des anciens diagnostics selon le lieu de naissance du cas et le lieu où a été fait leur premier test positif, 2021.....	36

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Nombre de tests de dépistage du VIH et proportion confirmée positive, par an, 2003-2021	13
Figure 2	Nombre de tests de dépistage du VIH par mois en 2019 avant la pandémie de COVID-19 et pendant celle-ci en 2020-2021	14
Figure 3	Distribution des cas par origine ethnoculturelle, 2021	18
Figure 4	Répartition des cas de genre masculin et de ceux de genre féminin, par origine ethnoculturelle, 2021	18
Figure 5	Nombre de nouveaux diagnostics par mois en 2019 avant la pandémie de COVID-19 et pendant celle-ci en 2020-2021	21
Figure 6	Taux de CD4 des personnes nouvellement diagnostiquées, 2013-2021	23
Figure 7	Antécédents de dépistage du VIH des personnes nouvellement diagnostiquées, 2003-2021	28
Figure 8	Nombre de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2003-2021	30
Figure 9	Distribution (%) des NOUVEAUX DIAGNOSTICS de cas de genre MASCULIN, par catégorie d'exposition, 2021	30
Figure 10	Distribution (%) des NOUVEAUX DIAGNOSTICS de cas de GENRE FÉMININ, par catégorie d'exposition, 2021	31
Figure 11	Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS chez les personnes de genre masculin et chez celles de genre féminin, par année du prélèvement, 2003-2021	32
Figure 12	Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par groupe d'âge chez les personnes de genre masculin et chez celles de genre féminin en 2021	33
Figure 13	Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par groupe d'âge et année du prélèvement, 2003-2021	33

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AD	Ancien diagnostic
DNC	Diagnostic qui n'a pu être classé dans les nouveaux ou les anciens diagnostics
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
ICS	Infirmière conseillère scientifique
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
NAM	Numéro d'assurance maladie
ND	Nouveau diagnostic
OPE	Origine d'un pays où le VIH est endémique
PHR	Partenaire hétérosexuel à risque
PUDI	Personne utilisatrice de drogues par injection
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
Trans	Personne trans
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

FAITS SAILLANTS

La transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est toujours active au Québec.

- Le nombre de nouveaux diagnostics d'infections par le VIH qui avait diminué de 31,4 % entre 2019 et 2020 a augmenté, passant de 212 cas en 2020 à 239 en 2021 (+12,7 %). Cependant, cette augmentation doit être interprétée avec prudence, car les données des dernières années fluctuent. Également, la pandémie de COVID-19 a eu un impact sur l'offre et le recours aux services de dépistage du VIH et a ainsi influencé l'analyse et l'interprétation des données du programme pour la période 2020-2021.

Une proportion relativement importante de personnes vivant avec le VIH sont diagnostiquées tardivement et ne bénéficient donc pas d'un traitement qui débute en temps opportun.

- Près de la moitié (48,4 %) des personnes nouvellement diagnostiquées en 2021 avaient des taux de CD4 < 350.
- 31,9 % des cas ont été diagnostiqués à un stade avancé de l'infection (taux de CD4 < 200 et/ou au stade du sida).

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) demeurent le groupe de population le plus touché.

- Parmi 239 nouveaux diagnostics rapportés pour l'année 2021, 56,9 % des cas sont enregistrés chez des HARSAH. Ce pourcentage augmente à 60,7 % si on ajoute les HARSAH qui s'injectent des drogues.

Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique suivent, et elles sont au premier rang chez les personnes de genre féminin.

- 17,6 % (n = 42) des nouveaux diagnostics en 2021 sont chez des personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Ce groupe de population représente 60,5 % des nouveaux diagnostics chez les personnes de genre féminin.

L'offre et la demande du dépistage du VIH ont légèrement augmenté en 2021.

- Le nombre de tests de détection du VIH effectués au Québec, qui avait diminué de 18,4 % entre 2019 et 2020, a légèrement augmenté en 2021 (+ 4,7 %).

Les données disponibles ne signalent pas de hausse de nouvelles infections et il y a peu de changements dans les caractéristiques des nouveaux diagnostics.

RÉSUMÉ

Contexte

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 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui ont été nouvellement diagnostiquées en 2021, ainsi que les variations du nombre de cas enregistrés pour la période 2020-2021, marquée par la pandémie de COVID-19.

L'impact de cette pandémie influence fortement l'analyse et l'interprétation des données du programme pour la période 2020-2021.

Résultats

- **Le nombre de tests** de détection du VIH effectués au Québec, qui avait diminué de 18,4 % entre 2019 et 2020, a légèrement augmenté en 2021 (+ 4,7 %)
- **Le nombre de nouveaux diagnostics** qui avait diminué de 31,4 % entre 2019 et 2020 a augmenté, passant de 212 cas en 2020 à 239 en 2021 (+12,7 %).
- La légère tendance à la baisse des nouveaux diagnostics enregistrés au programme se poursuit, malgré des fluctuations d'année en année. La diminution de cas en 2020 et l'augmentation en 2021 doivent donc être interprétées avec **prudence**.
- Au total, **498** cas d'infections par le VIH ont été enregistrés pour l'année 2021; ce nombre comprend :
 - 239 personnes nouvellement diagnostiquées en 2021 (les nouveaux diagnostics);
 - 257 personnes qui avaient eu un diagnostic positif avant 2021 et n'avaient pas été enregistrées au programme, ou ne pouvaient l'être au moment des tests antérieurs positifs (les anciens diagnostics);
 - 2 cas qui n'ont pu être classés dans l'une ou l'autre de ces catégories.
- **Origine ethnoculturelle des cas** (nouveaux et anciens diagnostics) : parmi 494 cas documentés pour cette variable :
 - La moitié (50,8 %) des cas sont d'origine ethnoculturelle canadienne, soit 251 personnes nées au Canada : 241 cas allochtones et dix cas autochtones;
 - L'autre moitié des cas déclare des origines autres que canadiennes, soit 227 personnes nées dans un pays autre que le Canada et 16 immigrants de deuxième génération (personnes nées au Canada de parents immigrants).

- **Répartition des genres** : les cas (nouveaux et anciens diagnostics) sont majoritairement de genre masculin. On enregistre 387 cas de genre masculin, 105 personnes de genre féminin et 6 personnes trans.
- **Distribution géographique des cas** (nouveaux et anciens diagnostics) : les 498 cas enregistrés pour l'année 2021 ont été rapportés dans quinze des dix-huit régions du Québec, principalement à Montréal (60,2 %), suivi par la Montérégie (11,2 %) et la Capitale-Nationale (6,8 %). Les autres régions comptaient pour moins de 5 % des cas chacune, incluant trois régions (le Bas-Saint-Laurent, la Gaspésie-îles-de-la-Madeleine et les Terres-Cries-de-la-Baie-James) qui n'en enregistrent aucun en 2021.
- **L'âge médian** des nouveaux diagnostics était de 35 ans chez les personnes de genre masculin et de 45 ans pour les personnes de genre féminin. On observait généralement l'inverse les années précédentes : les cas de genre féminin étaient plus jeunes que ceux de genre masculin au moment du dépistage positif.
- **Portrait démographique** : certains groupes de populations, principalement les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), sont touchés de manière disproportionnée par l'infection par le VIH. Parmi les 239 nouveaux diagnostics rapportés pour l'année 2021 :
 - 56,9 % (n = 136) des cas sont enregistrés chez des HARSAH (60,7 % si on ajoute les HARSAH qui s'injectent des drogues, n = 9). Ce groupe de population représente 69,4 % des nouveaux diagnostics chez les personnes de genre masculin (74,1 % si on inclut les neuf HARSAH qui consomment des drogues par injection).
 - 17,6 % (n = 42) des cas sont chez des personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Ce groupe de population représente 60,5 % des nouveaux diagnostics chez les personnes de genre féminin et 8,3 % des nouveaux diagnostics de cas masculins.
 - Un autre 17,6 % (n = 42) des nouveaux diagnostics est rapporté chez des personnes qui ont des partenaires hétérosexuels à risque ou pour des personnes hétérosexuelles sans autre risque identifié (30,2 % des cas féminins et 14,5 % des cas masculins).
 - 3,3 % (n = 8) des nouveaux diagnostics proviennent des personnes qui consomment des drogues par injection (7,1 % si on ajoute les neuf HARSAH qui s'injectent des drogues).
 - Un nouveau diagnostic d'infection périnatale a été rapporté chez un enfant de quatre ans, né au Canada et d'origine canadienne. Les données du programme de surveillance ne permettent pas de préciser le contexte de cette transmission périnatale.

La fréquence du dépistage semble sous optimale :

- 65,3 % des personnes nouvellement diagnostiquées en 2021 n'avaient jamais eu de test de dépistage du VIH auparavant;
- La proportion des cas rapportant un test de dépistage dans les 12 derniers mois reste faible (14,6 %) et elle varie peu depuis 2019.

La proportion des diagnostics tardifs :

Parmi 213 nouveaux diagnostics rapportés avec les résultats du décompte lymphocytaire CD4 :

- La moitié (51,6 %) des cas avaient des taux de CD4 supérieurs ou égal à 350;
- La proportion des diagnostics tardifs (taux de CD4 < 200 et/ou stade du sida) a augmenté de 39,8 % en 2020 à 48,4 % en 2021.

Le taux moyen de nouveaux diagnostics était de 2,8 cas pour 100 000 personnes au Québec en 2021 :

- La région de Montréal se démarque par un taux nettement supérieur à la moyenne provinciale, soit 6,8 pour 100 000.

Interprétation et limite des données

- Les variations du nombre de cas rapportés pour la période 2020-2021 sont directement associées à celles du nombre de tests de dépistage du VIH dans la même période.
- L'offre de service de dépistage du VIH a été affectée par la pandémie de COVID-19, entre autres par la limitation des rendez-vous en présentiel, la réduction des heures de service et la réaffectation des ressources infirmières.
- Le nombre de nouveaux diagnostics est encore élevé pour une infection qu'il est possible de prévenir de manière ciblée et efficace, considérant de plus les impacts sur la vie des personnes vivant avec le virus.
- Les données du programme portent sur les cas détectés et enregistrés; elles excluent les PVVIH diagnostiquées qui ne sont pas enregistrées, et celles non dépistées qui ignorent leur statut sérologique. Il n'est donc pas possible de préciser la prévalence ou l'incidence du VIH au Québec avec ces données.
- Les nouveaux diagnostics ne représentent pas seulement les cas incidents; c'est un ensemble constitué d'infections récentes (incidence) et d'infections anciennes tardivement diagnostiquées.

Conclusion

Le programme permet de dresser un portrait de l'infection par le VIH au Québec en 2021.

- La transmission du virus est toujours active au Québec.
- Une proportion relativement importante de personnes vivant avec le VIH sont diagnostiquées tardivement et ne bénéficient donc pas d'un traitement qui débute en temps opportun.
- Les HARSAH demeurent le groupe de population le plus touché.
- Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique suivent, et elles sont au premier rang chez les personnes de genre féminin.
- Un nombre relativement faible de cas continue d'être observé chez les personnes qui ont des relations hétérosexuelles non protégées, et chez celles qui s'injectent des drogues.
- La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur l'offre et le recours aux services de dépistage du VIH et a ainsi influencé l'analyse et l'interprétation des données du programme pour la période 2020-2021.
- L'offre et la demande du dépistage du VIH ont légèrement augmenté en 2021.
- Les données disponibles ne signalent pas de hausse de nouvelles infections et il y a peu de changements dans les caractéristiques des nouveaux diagnostics.

1 CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) fait l'objet d'une collecte de données épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population depuis avril 2002 au Québec.

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé a déclaré la pandémie actuelle de COVID-19. La réponse à cette pandémie et la mobilisation des ressources ont affecté l'ensemble du système de la santé, de l'accès aux services de santé à la surveillance des infections. Ce contexte influence fortement l'analyse et l'interprétation des données du programme pour la période 2020-2021.

Ce rapport décrit principalement les caractéristiques des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui ont été nouvellement diagnostiquées en 2021, ainsi que les variations du nombre de cas rapportés pour la période 2020-2021 marquée par la pandémie de COVID-19 au Québec.

1.1 Modalité de collecte des données

Au Québec, le dépistage du VIH est offert de façon ciblée selon les facteurs de risque dans une stratégie intégrant le dépistage des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (1).

Les laboratoires publics et privés effectuent les analyses pour détecter l'infection et transmettent au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), pour confirmation finale, tous les spécimens dont les résultats sont positifs, indéterminés ou non concluants.

Le LSPQ rapporte tout test confirmé positif à une infirmière conseillère scientifique (ICS) du programme de surveillance. L'ICS contacte le professionnel ou la professionnelle de la santé qui a prescrit le test positif pour obtenir les données épidémiologiques sur le cas et offrir un soutien au professionnel ou à la professionnelle selon les besoins (renseignements généraux concernant la divulgation de la séropositivité au VIH, l'intervention auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires, les références pour la prise en charge médicale et les ressources professionnelles locales ou provinciales, etc.). La procédure décrite au point 1.2 permet d'enregistrer les données et d'assurer la confidentialité et l'anonymat (dépersonnalisation) des informations obtenues.

La collecte des données épidémiologiques est réalisée une seule fois pendant l'évolution de l'infection chez une personne donnée. Elle se limite aux informations portant sur :

- Les caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, région de résidence, pays de naissance et origine ethnoculturelle). Ce qui est regroupé sous le vocable « origine ethnoculturelle » devient dans plusieurs cas une attribution plutôt géographique que vraiment ethnoculturelle. Les modalités de la définition d'une origine ethnoculturelle sont très complexes et sujettes à beaucoup de controverses. Les choix utilisés pour les besoins de la surveillance de l'infection par le VIH ont pris en considération plusieurs des préoccupations formulées par différents organismes ou personnes lors du processus de consultation qui a mené à l'implantation du programme dans sa forme actuelle. Loin d'être idéale, cette catégorisation, utilisée conjointement avec l'information sur le pays de naissance, devrait permettre de répondre aux besoins visant à mieux caractériser l'épidémiologie de l'infection par le VIH au Québec,
- L'historique de dépistage du VIH (dates du dernier test négatif ou du premier test positif s'il y a lieu et depuis le 28 novembre 2017, le pays où ce premier dépistage positif a été réalisé),
- Le motif de prescription (indication) du test de dépistage du VIH,
- Les signes cliniques du VIH (statut clinique) au moment du test positif rapporté pour l'enregistrement du cas au programme,
- Les comportements à risque pouvant expliquer l'acquisition de l'infection,
- La charge virale et le dénombrement des lymphocytes CD4 au moment du test positif rapporté au programme. À noter que la collecte des données de ces deux variables a débuté en avril 2013.

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

La procédure de classification des cas adultes utilisée dans le cadre du programme prévoit neuf catégories d'exposition hiérarchisées. La hiérarchie de ce classement est basée sur les caractéristiques épidémiologiques de l'infection par le VIH au Québec. L'attribution de la catégorie principale d'exposition est basée sur le mode d'acquisition le plus probable selon les informations fournies par le professionnel ou la professionnelle de la santé auprès duquel la collecte de renseignements épidémiologiques a été faite. Des efforts particuliers sont fournis afin d'obtenir la catégorie d'exposition de tous les cas faisant l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques. Toutefois, il arrive que cette information ne soit pas disponible. Les cas pour lesquels le risque n'est pas connu se retrouvent dans la catégorie « Aucun risque identifié » (risque inconnu).

Les catégories principales d'expositions sont les suivantes :

1. Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH),
2. Les personnes qui s'injectent des drogues non prescrites (les personnes utilisatrices de drogues par injection) (PUDI),
3. Les individus à la fois HARSAH et PUDI,
4. Les personnes originaires de pays où le virus est endémique (OPE). Un pays où le VIH est endémique est un pays ayant une prévalence du virus supérieure ou égale à 1,0 % chez les adultes de 15 à 49 ans et au moins une des trois caractéristiques suivantes :
 - a) une proportion des cas d'infections par transmission hétérosexuelle du VIH supérieure ou égale à 50 %;
 - b) un rapport hommes-femmes des cas d'infections par le VIH inférieur ou égal à 2:1 et
 - c) une prévalence du VIH supérieure ou égale à 2 % chez les femmes recevant des soins prénataux,
5. Les personnes qui ont des partenaires hétérosexuels à risque (PHR). Ces partenaires peuvent être des HARSAH, des PUDI, originaires d'un pays où le virus est endémique, ou recevoir des transfusions et/ou de facteurs de coagulation,
6. Les personnes hétérosexuelles qui ont des facteurs de risque autres que les catégories d'exposition précédentes (partenaires multiples, antécédents d'ITSS, etc.) ou pour lesquelles le risque des partenaires sexuels n'est pas connu,
7. Les receveurs de produits sanguins ou de facteurs de coagulation,
8. Les cas de transmission périnatale (d'une mère à son enfant pendant la grossesse ou l'allaitement), et
9. Les cas sans facteur de risque identifié (aucun risque identifié).

Ces catégories principales d'exposition sont hiérarchisées et mutuellement exclusives : les cas sont attribués aux catégories selon un ordre de priorité.

À titre d'exemple, un cas rapporté chez un homme originaire d'un pays où le VIH est endémique (OPE) et qui a des relations sexuelles avec des hommes et avec des femmes sera attribué aux HARSAH et non à l'OPE; une infection hétérosexuelle d'une femme immigrante d'un pays où le VIH est endémique, qui s'injecte des drogues, sera attribuée à la catégorie d'exposition des personnes UDI et non à celle des personnes OPE ni à l'une ou l'autre des deux autres catégories d'exposition des personnes hétérosexuelles (partenaire hétérosexuel à risque ou contacts hétérosexuels sans autre risque identifié).

1.2 Procédure d'élimination des doublons et confidentialité

Avant avril 2012, un numéro d'assurance-maladie (NAM) était exigé pour enregistrer un cas au programme. Depuis cette date, les cas confirmés et rapportés sans l'information sur le NAM sont enregistrés si les données épidémiologiques précisées au point 1.1 sont disponibles.

L'encryptage du NAM génère un code unique permettant de déterminer que le cas a déjà été enregistré ou qu'il doit faire l'objet d'une collecte épidémiologique. Une vérification des nom/prénom/date de naissance est effectuée par le système du LSPQ pour les cas rapportés sans le NAM. À noter que la non-disponibilité du NAM pour l'enregistrement d'un cas au programme ne signifie pas nécessairement que le cas n'avait pas de NAM.

Cette procédure d'élimination des doublons qui est différente selon que la personne trouvée infectée par le VIH a un NAM ou non et/ou selon que l'information sur le NAM nous est fournie ou non par le professionnel ou la professionnelle de la santé ayant diagnostiqué le cas, n'élimine pas totalement les doublons dans le cas où la personne n'a pas de NAM et le cas où la personne en a un mais que le professionnel ou la professionnelle de la santé ne le fournit pas à l'ICS. Deux personnes ne peuvent pas avoir un même NAM au Québec. Par contre, elles peuvent partager les mêmes noms/prénoms/dates de naissance (faux doublons). D'autre part, une même personne peut avoir plusieurs tests sous des noms/prénoms/dates de naissance différents (vrais doublons), si elle a plusieurs prescriptions de dépistage du VIH et qu'il y a des erreurs de transcription ou de saisie de ses identifiants d'une prescription à une autre. Une vérification effectuée par l'ICS auprès du professionnel ou de la professionnelle de la santé ayant diagnostiqué le cas permet d'éviter l'enregistrement de doublons probables.

Les informations épidémiologiques sont saisies de façon anonyme. Il est impossible de relier un cas donné à son enregistrement dans le fichier du programme. Aucun lien n'existe entre le fichier du LSPQ et le fichier du programme. Le code unique d'enregistrement d'un cas dans le fichier du programme n'est pas inscrit au dossier du bénéficiaire correspondant dans le fichier du LSPQ et vice versa (le code unique d'enregistrement d'un cas dans le fichier du LSPQ n'est pas inscrit au fichier du programme).

L'impossibilité de retracer un enregistrement d'un cas donné est une mesure de sécurité adoptée lors de l'implantation du programme visant à garantir l'anonymat du fichier.

1.3 Analyses

Une première analyse a été réalisée pour décrire les caractéristiques sociodémographiques des cas.

Taux de lymphocytes CD4. Des taux supérieurs à 500 cellules CD4 par mm³ sont généralement associés à un système immunitaire assez efficace pour lutter contre la plupart des infections. Des taux entre 200 et 500 signalent un affaiblissement du système immunitaire et une

plus grande vulnérabilité aux infections. Des taux inférieurs à 200 reflètent un système immunitaire très affaibli.

Charge virale. La charge virale correspond au nombre de copies de l'ARN du VIH par millilitre de sang. Le risque de transmission sexuelle du VIH serait minime lorsque la charge virale est indétectable (2,3). La position ministérielle relativement à l'effet du traitement des PVVIH sur le risque de transmission sexuelle de l'infection est plus précise : « Il n'y a aucune preuve de transmission de l'infection par le VIH pendant les relations sexuelles orales, vaginales ou anales sans condom lorsque la PVVIH prend un traitement antirétroviral comme prescrit et que sa charge virale, mesurée par des analyses consécutives de laboratoire tous les quatre à six mois, se maintient à moins de 200 copies par millilitre de sang. Dans ce contexte, le risque de transmission est négligeable » (4).

Taux de nouveaux diagnostics. Des taux par 100 000 personnes-années ont été calculés en utilisant comme numérateurs les nombres de nouveaux diagnostics d'infections par le VIH et comme dénominateurs les effectifs de population de l'Institut de la statistique du Québec, Série 2021 des estimations de population (1996-2020 : série produite en février 2021) et série produite en juillet 2021).

Fréquence du dépistage. Un dépistage du VIH est actuellement recommandé au moins une fois par année aux groupes de populations à risque, par exemple les HARSAH, les PUDI et les personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Pour les personnes chez qui les facteurs de risque sont présents de façon continue ou répétée, le dépistage du VIH est recommandé aux trois à six mois (1). Un dépistage aux trois mois est aussi recommandé aux HARSAH utilisant la prophylaxie préexposition au VIH.

Les antécédents de sérologie négative (dépistages antérieurs négatifs du VIH) ont été regroupés en trois catégories, en fonction du délai entre la date du dernier test négatif et celle du prélèvement du spécimen positif rapporté :

- 1) Le dernier test négatif date de moins de 12 mois
- 2) Le dernier test négatif date de 12 mois ou plus et
- 3) « Jamais testé auparavant » si aucun test antérieur au spécimen positif n'est rapporté.

Cas ayant un test antérieur confirmé positif dans une autre province ou un autre pays. La variable du lieu où a été réalisé le premier dépistage positif a été analysée en trois catégories :

- 1) Premier test positif fait au Québec,
- 2) Premier test positif fait ailleurs au Canada,
- 3) Premier test positif fait en dehors du Canada.

Elle a été combinée avec les dates du premier test positif et d'arrivée de la personne concernée au Canada pour préciser s'il y a lieu, que l'infection rapportée avait déjà été diagnostiquée chez cette personne avant son arrivée au Canada.

Délai entre le moment de l'infection et le diagnostic. Le statut clinique et le taux de CD4 ont été combinés pour avoir un indicateur du délai entre le moment de l'infection et le diagnostic. L'infection est présumée diagnostiquée :

- a) Au stade précoce en présence d'un taux de CD4 supérieur ou égal à 500 ou d'une primo-infection,
- b) Au stade intermédiaire en présence d'un taux de CD4 entre 200 et 500 et des infections chroniques et/ou des signes cliniques non spécifiques du VIH,
- c) Au stade avancé de l'infection en présence d'un taux de CD4 inférieur à 200 et/ou des maladies indicatrices du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) (5).

1.4 Définition d'un nouveau et d'un ancien diagnostic

L'ICS initie la collecte des données lorsque le LSPQ lui rapporte un test confirmé positif. Ce test peut provenir d'une personne qui n'avait jamais été testée pour le VIH auparavant ou d'une personne qui l'avait déjà été une ou plusieurs fois. Dans ce dernier cas, les tests antérieurs s'étaient avérés positifs ou non.

La définition d'un nouveau diagnostic versus un ancien est basée sur l'historique des tests antérieurs.

Un nouveau diagnostic est celui établi chez un individu qui n'avait jamais eu de test de détection du VIH auparavant ou chez qui tous les tests antérieurs étaient négatifs. L'infection vient d'être détectée pour la première fois chez cette personne, ce qui n'implique pas nécessairement qu'elle soit récente. Les nouveaux diagnostics peuvent représenter des infections récentes si le dépistage a été précoce ou des infections anciennes tardivement détectées.

Un ancien diagnostic est un cas rapporté chez une personne ayant un test antérieur positif. Pour différentes raisons, ce test antérieur positif n'avait pas mené à l'enregistrement du cas au programme. Plusieurs contextes de dépistage positif ne mènent pas à l'enregistrement des cas, par exemple : les tests anonymes, les tests faits pour des études de recherche, à la demande d'Héma-Québec, les tests faits avant le programme ou en dehors du Québec, les cas confirmés et rapportés avant avril 2012 sans l'information sur le NAM, les cas pour lesquels les données épidémiologiques ne sont pas disponibles, etc.

L'analyse des données attribue le statut de nouveau diagnostic aux cas ayant eu dans une même année leur premier test positif et le test actuel rapporté à l'ICS et elle donne le statut d'ancien diagnostic aux cas situant leur premier test positif dans une année antérieure à celle du test actuel rapporté à l'ICS.

Il arrive que l'historique des tests antérieurs soit inconnu par le professionnel ou la professionnelle de la santé qui a prescrit le test positif rapporté pour l'enregistrement du cas au programme. Ce professionnel ou cette professionnelle n'est pas toujours le prescripteur des tests antérieurs et ne détient pas nécessairement des informations précises sur les dates et les résultats des tests de dépistage du VIH qu'il n'a pas prescrit à son patient.

La troisième catégorie de diagnostic concerne les cas pour lesquels les informations disponibles ne permettent pas de déterminer s'ils recevaient pour la première fois des résultats positifs à un dépistage du VIH ou s'ils avaient un test antérieur positif. L'analyse attribue à ces cas le statut de diagnostic non caractérisé comme étant ancien ou nouveau.

2 RÉSULTATS

2.1 Nombre et proportion de tests confirmés positifs

Le LSPQ sollicite les laboratoires qui effectuent les tests de détection du VIH au Québec pour recueillir le nombre de tests qu'ils ont réalisés.

Les données proviennent de 27 des 48 laboratoires du Québec qui effectuaient la sérologie du VIH en 2021. Les autres laboratoires ont un faible volume de détection du VIH.

Les 27 laboratoires ont réalisé 352 893 tests de détection des anticorps contre le VIH en 2021. Le LSPQ a confirmé la positivité au VIH de 1 510 sérums provenant de laboratoires hospitaliers et de laboratoires privés.

Le nombre de tests de dépistage du VIH qui avait diminué de 18,4 % entre 2019 et 2020, a légèrement augmenté en 2021 (+4,7 %) (figure 1).

Le nombre de tests réalisés par mois en 2021 reste inférieur au nombre correspondant de tests réalisés en 2019 avant la pandémie de COVID-19, excepté pour les mois de mai, juillet et octobre 2021 (figure 2, tableau 1).

La proportion de tests confirmés positifs se maintient à moins de 1 % depuis le début du programme en avril 2002. Elle était de 0,43 % en 2021 (figure 1).

Figure 1 Nombre de tests de dépistage du VIH et proportion confirmée positive, par an, 2003-2021

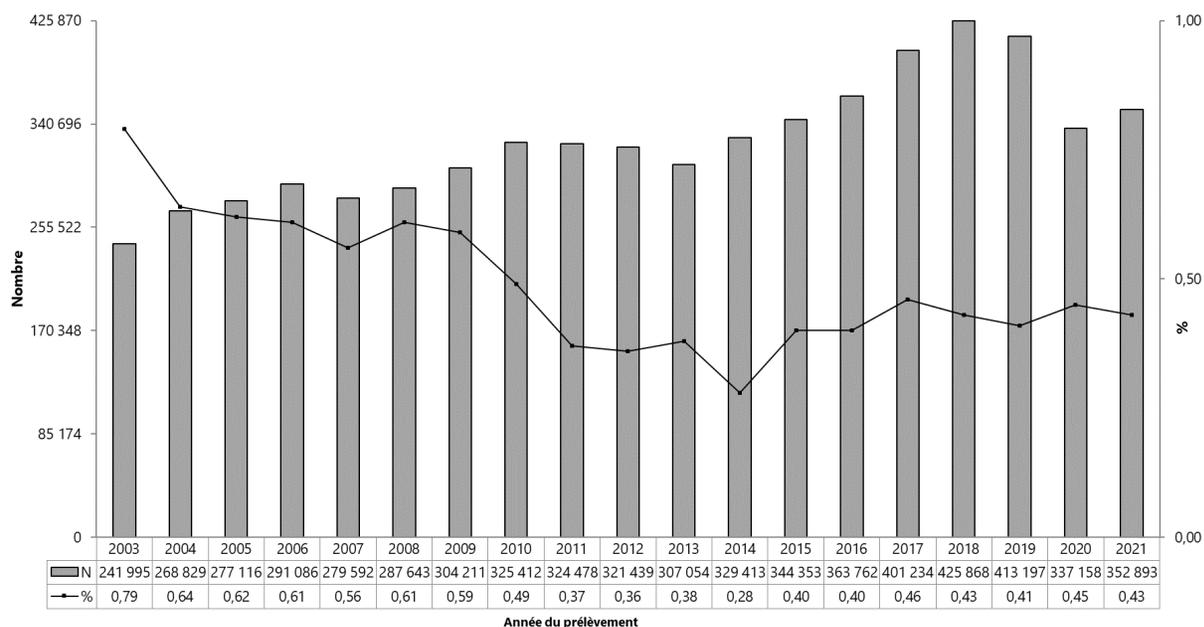


Figure 2 Nombre de tests de dépistage du VIH par mois en 2019 avant la pandémie de COVID-19 et pendant celle-ci en 2020-2021

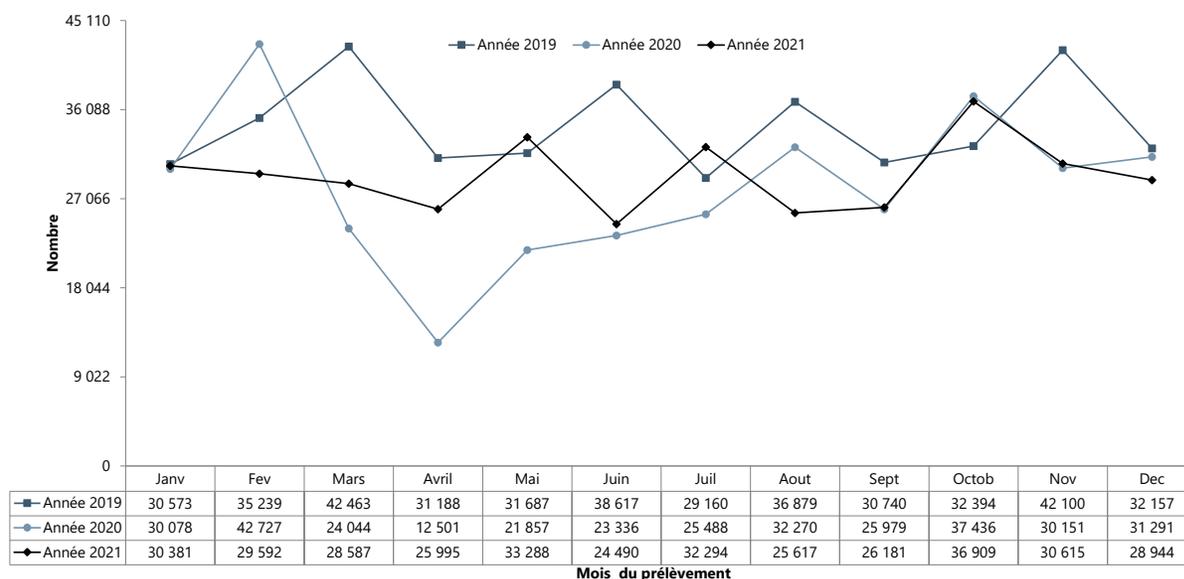


Tableau 1 Nombre de tests de dépistage par mois et variations dans la période 2019-2021

Mois	Nombre de tests			Variation					
	2019	2020	2021	2020 comparé à 2019		2021 comparé à 2020		2021 comparé à 2019	
	n	n	n	n	%	n	%	n	%
Janvier	30 573	30 078	30 381	-495	-1,6	+303	+1,0	-192	-0,6
Février	35 239	42 727	29 592	+7488	+21,2	-13 135	-30,7	-5647	-16,0
Mars	42 463	24 044	28 587	-18 419	-43,4	+4543	+18,9	-13 876	-32,7
Avril	31 188	12 501	25 995	-18 687	-59,9	+13 494	+107,9	-5193	-16,7
Mai	31 687	21 857	33 288	-9830	-31,0	+11 431	+52,3	+1601	+5,1
Juin	38 617	23 336	24 490	-15 281	-39,6	+1154	+4,9	-14 127	-36,6
Juillet	29 160	25 488	32 294	-3672	-12,6	+6806	+26,7	+3134	+10,7
Août	36 879	32 270	25 617	-4609	-12,5	-6653	-20,6	-11 262	-30,5
Septembre	30 740	25 979	26 181	-4761	-15,5	+202	+0,8	-4559	-14,8
Octobre	32 394	37 436	36 909	+5042	+15,6	-527,5	-1,4	+4514,5	+13,9
Novembre	42 100	30 151	30 615	-11 949	-28,4	+464,4	+1,5	-11 484,6	-27,3
Décembre	32 157	31 291	28 944	-866	-2,7	-2346,6	-7,5	-3212,6	-10,0
Total	413 197	337 158	352 893	-76 039	-18,4	+15 735,3	+4,7	-60 303,7	-14,6

2.2 Caractéristiques des cas

La collecte de données actuelle ne permet pas encore de nuancer et de détailler davantage la diversité des genres des personnes qu'elle rejoint. Dans ce rapport, la dénomination « trans » fait donc référence à toutes les personnes trans, sans nuances.

2.2.1 Les cas enregistrés pour l'année 2021

Au total, 498 cas d'infections par le VIH ont été rapportés pour l'année 2021; ce nombre comprend :

- 239 nouveaux diagnostics (personnes nouvellement diagnostiquées en 2021);
- 257 anciens diagnostics (personnes qui avaient eu un diagnostic positif avant 2021 et qui n'avaient pas été enregistrées au programme, ou ne pouvaient l'être au moment des tests antérieurs positifs);
- 2 cas qui n'ont pu être classés dans l'une ou l'autre de ces catégories.

Les 498 cas enregistrés pour l'année 2021 ont été rapportés dans 15 des 18 régions du Québec, principalement à Montréal (tableau 2). Trois régions, le Bas-Saint-Laurent, la Gaspésie-îles-de-la-Madeleine et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, n'enregistrent aucun en 2021.

Les cas sont majoritairement de genre masculin et sont principalement chez les HARSAH (tableaux 2 et 3).

Pour l'année 2021, on enregistre 387 cas de genre masculin, 105 de genre féminin et 6 personnes trans (tableau 2). Le rapport hommes-femmes est de 3,7 pour 1 (4,5 pour 1 parmi les nouveaux diagnostics et 3,1 pour 1 parmi les anciens diagnostics).

Tableau 2 Répartition des cas par région et selon le genre, 2021

Région	Genre masculin			Genre féminin			Ensemble de cas incluant les personnes trans		
	ND n = 193 cas %	AD n = 192 cas %	Total incluant les DNC n = 387 cas %	ND n = 43 cas %	AD n = 62 cas %	Total n = 105 cas %	ND n = 239 cas %	AD n = 257 cas %	Total incluant les DNC n = 498 cas %
01	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
02	0,5	2,6	1,6	0,0	0,0	0,0	0,4	1,9	1,2
03	7,8	5,7	6,7	7,0	8,1	7,6	7,5	6,2	6,8
04	2,6	2,1	2,3	0,0	1,6	1,0	2,1	2,3	2,2
05	0,5	2,6	1,6	4,7	4,8	4,8	1,3	3,1	2,2
06	59,1	65,1	62,3	53,5	51,6	52,4	58,2	61,9	60,2
07	5,2	3,1	4,1	11,6	3,2	6,7	6,3	3,1	4,6
08	1,0	0,5	0,8	4,7	0,0	1,9	1,7	0,4	1,0
09	0,0	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2
10	0,5	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,2
11	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12	1,0	2,1	1,6	0,0	3,2	1,9	0,8	2,3	1,6
13	4,7	1,0	2,8	4,7	11,3	8,6	4,6	3,5	4,0
14	2,1	1,6	1,8	0,0	1,6	1,0	1,7	1,6	1,6
15	1,6	4,2	2,8	2,3	1,6	1,9	1,7	3,5	2,6
16	13,0	8,8	10,9	11,6	12,9	12,4	13,0	9,7	11,2
17	0,5	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,2
18	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

ND = Nouveau diagnostic, AD = Ancien diagnostic, DNC = Diagnostic qui n'a pu être classé parmi les nouveaux ou les anciens diagnostics.

01 : Bas-Saint-Laurent; 02 : Saguenay–Lac-Saint-Jean; 03 : Capitale-Nationale; 04 : Mauricie et Centre-du-Québec; 05 : Estrie; 06 : Montréal; 07 : Outaouais; 08 : Abitibi-Témiscamingue; 09 : Côte-Nord; 10 : Nord-du-Québec; 11 : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine; 12 : Chaudière-Appalaches; 13 : Laval; 14 : Lanaudière; 15 : Laurentides; 16 : Montérégie; 17 : Nunavik; 18 : Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Tableau 3 Répartition des cas par catégorie d'exposition et selon le genre, 2021

Catégorie d'exposition	Nouveaux diagnostics							Anciens diagnostics							DNC	Total		
	Genre masculin		Genre féminin		Trans	Total		Genre masculin		Genre féminin		Trans	Total					
	n	%	n	%		n	n	%	n	%	n		n	%				
HARSAH	134	69,4	-	-	2	136	56,9	153	79,7	-	-	2	155	60,3	1	292	58,6	
HARSAH/PUDI	9	4,7	-	-	0	9	3,8	6	3,1	-	-	0	6	2,3	1	16	3,2	
PUDI	5	2,6	3	7,0	0	8	3,3	5	2,6	2	3,2	0	7	2,7	0	15	3,0	
OPE	16	8,3	26	60,5	0	42	17,6	18	9,4	48	77,4	1	67	26,1	0	109	21,9	
Cas hétérosexuel	28	14,5	13	30,3	1	42	17,6	9	4,7	10	16,1	0	19	7,4	0	61	12,2	
DS/FC	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	1	0,4	0	1	0,2	
Périnatale	1	0,5	0	0,0	0	1	0,5	0	0,0	2	3,2	0	2	0,8	0	3	0,3	
Aucun risque identifié	0	0,0	1	2,3	0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	1	0,2	
Total	193	100	43	100	3	239	100	192	100	62	100	3	257	100	2	498	100	

DNC : Cas qui n'a pu être classé dans les anciens ou les nouveaux diagnostics.

Origines ethnoculturelles

Cette variable a été documentée pour 494 des cas enregistrés pour l'année 2021 (tableau 4) :

- La moitié (50,8 %) de ces cas sont d'origine ethnoculturelle canadienne, soit 251 personnes nées au Canada (241 allochtones et dix autochtones).
- L'autre moitié déclare des origines autres que canadiennes, soit 243 personnes originaires d'un peu partout dans le monde, parmi lesquelles on compte 16 personnes nées au Canada (deuxième génération) et 227 personnes nées dans un pays autre que le Canada (figure 3).

Parmi ces derniers cas, plusieurs pourraient être des résidents permanents ou des résidents non permanents qui vivaient avec le VIH dans leurs pays d'origine (avant leur arrivée au Québec). Un résident permanent (immigrant reçu) est une personne ayant reçu des autorités de l'immigration le droit de résider au Canada en permanence. Un résident non permanent est une personne titulaire d'un permis d'étude, de travail ou demandeur d'asile, qui a un lieu de résidence habituel au Canada.

Les cas originaires de pays de l'Afrique subsaharienne sont majoritairement de genre féminin (figure 4).

Figure 3 Distribution des cas par origine ethnoculturelle, 2021

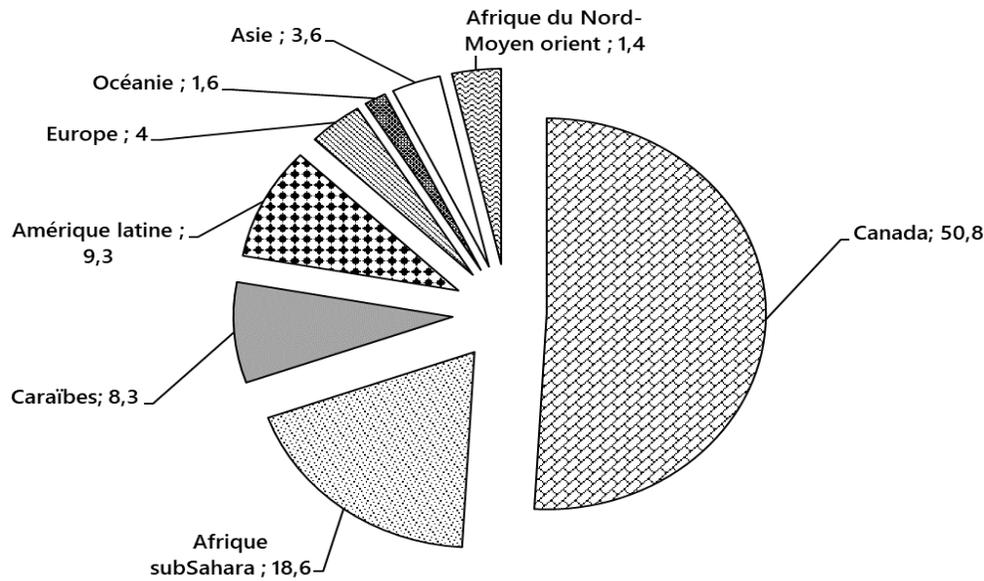
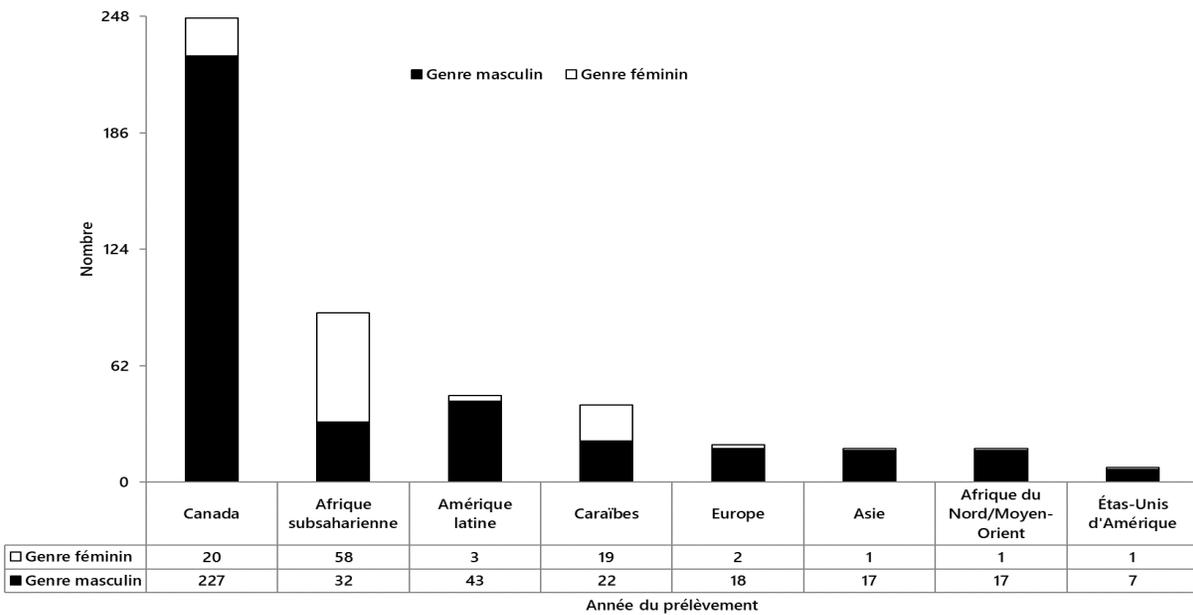


Figure 4 Répartition des cas de genre masculin et de ceux de genre féminin, par origine ethnoculturelle, 2021



Taux de CD4

On compte 445 personnes rapportées avec des résultats d'un décompte lymphocytaire CD4 (tableau 5) :

- 45,4 % de ces cas avaient des taux supérieurs ou égal à 500 lymphocytes CD4 par mm³;
- 35,7 % des cas présentaient des taux situés entre 200 et 499;
- 18,9 % des cas étaient rendus à moins de 200 lymphocytes CD4 par mm³.

Tableau 4 Distribution des cas par origine ethnoculturelle et selon le genre, 2021

Origine ethnoculturelle	Nouveaux diagnostics							Anciens diagnostics							DNC	Total		
	Genre masculin		Genre féminin		Trans	Total		Genre masculin		Genre féminin		Trans	Total					
	n	%	n	%		n	n	%	n	%	n		n	%				
Canada/Allochtone	107	56,0	8	18,6	3	118	49,8	113	59,5	8	12,9	1	122	47,8	1	241	48,8	
Canada/Autochtone	5	2,6	4	9,3	0	9	3,8	1	0,5	0	0,0	0	1	0,4	0	10	2,0	
Amérique/États-Unis	2	1,0	0	0,0	0	2	0,8	5	2,6	1	1,6	0	6	2,4	0	8	1,6	
Amérique centrale et du Sud	18	9,4	2	4,7	0	20	8,4	25	13,2	1	1,6	0	26	10,2	0	46	9,3	
Caraïbes	10	5,2	7	16,3	0	17	7,2	12	6,3	12	19,4	0	24	9,4	0	41	8,3	
Europe	7	3,7	2	4,7	0	9	3,8	11	5,8	0	0,0	0	11	4,3	0	20	4,1	
Asiatique	11	5,8	0	0,0	0	11	4,6	6	3,2	1	1,6	0	7	2,7	0	18	3,6	
Afrique du Nord/Moyen-Orient	12	6,3	1	2,3	0	13	5,5	4	2,1	0	0,0	0	4	1,6	1	18	3,6	
Afrique subsaharienne	19	9,9	19	44,2	0	38	16,0	13	6,8	39	62,9	2	54	21,2	0	92	18,6	
Total ^a	191	100	43	100	3	237	100	190	100	62	100	3	255	100	2	494	100	

DNC : Cas qui n'a pu être classé dans les nouveaux ou les anciens diagnostics.

^a Total excluant quatre cas (2 nouveaux et 2 anciens diagnostics) enregistrés sans préciser l'origine ethnoculturelle.

Tableau 5 Taux de CD4 des cas de l'année 2021

	Nouveaux diagnostics					Anciens diagnostics					Ensemble des cas ^a				
	Cas	< 200	200-349	350-499	> 500	Cas	< 200	200-349	350-499	> 500	cas	< 200	200-349	350-499	> 500
	n ^b	%	%	%	%	n ^b	%	%	%	%	n ^b	%	%	%	%
Genre															
Masculin	175	32,0	16,6	20,0	31,4	172	7,0	16,9	19,2	56,8	349	19,5	17,2	19,5	43,8
Féminin	35	28,6	20,0	20,0	31,4	55	9,1	14,5	12,7	63,6	90	16,7	16,7	15,6	51,1
Trans	3	33,3	0,0	33,3	33,1	3	0,0	33,3	0,0	66,7	6	16,7	16,7	16,7	50,0
Catégorie d'exposition															
HARSAH	124	28,2	16,9	22,6	32,2	141	7,1	14,9	18,4	59,6	266	16,9	16,2	20,3	46,6
HARSAH/PUDI	7	14,3	0,0	28,6	57,1	5	0,0	20,0	0,0	80,0	13	7,7	15,4	15,4	61,5
PUDI	8	37,5	25,0	12,5	25,0	5	0,0	0,0	40,0	60,0	13	23,1	15,4	23,1	38,5
OPE	36	30,6	13,9	27,8	27,8	60	8,3	25,0	16,7	50,0	96	16,7	20,8	20,8	41,7
Hétérosexuel	36	44,4	22,2	5,5	27,8	16	12,5	6,2	12,5	68,7	52	34,6	17,3	7,7	40,4
Autres	2	50,0	0,0	0,0	50,0	3	0,0	0,0	0,0	100,0	5	20,0	0,0	0,0	80,0
Total	213	31,4	16,9	20,2	31,4	230	7,4	16,5	17,4	58,7	445	18,9	17,1	18,6	45,4

Autres : regroupement des catégories d'exposition suivantes : don de sang, facteur de coagulation, transmission périnatale et aucun risque identifié.

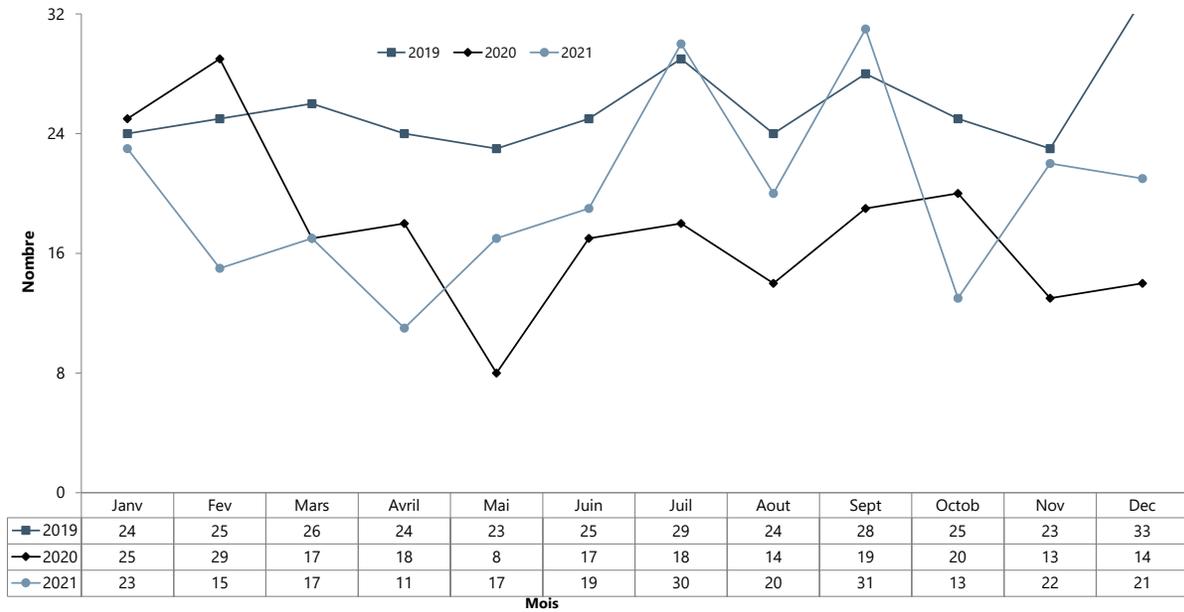
^a Ensemble incluant deux cas qui n'ont pu être classés dans les nouveaux ou les anciens diagnostics et qui avaient un taux CD4 entre 349 et 499.

^b Nombre de cas pour lesquels le taux de CD4 a été obtenu.

2.2.2 Les nouveaux diagnostics de 2021

Le nombre de nouveaux diagnostics qui avait diminué de 31,4 % entre 2019 et 2020 a augmenté de 212 cas en 2020 à 239 en 2021 (+12,7 %). Cette augmentation a été enregistrée entre mai et juillet, en septembre et en novembre 2021. Aux mois de juillet et septembre 2021, le nombre de nouveaux diagnostics était comparable au nombre correspondant de cas observés avant la pandémie de COVID-19 (figure 5).

Figure 5 Nombre de nouveaux diagnostics par mois en 2019 avant la pandémie de COVID-19 et pendant celle-ci en 2020-2021



Âge au moment du diagnostic

L'âge médian des nouveaux diagnostics était de 36 ans pour le genre masculin et 45 ans pour le genre féminin. On avait généralement observé l'inverse les années antérieures jusqu'en 2017 : les cas féminins étaient plus jeunes que les cas masculins au moment du dépistage positif, excepté ceux rapportés pour les années 2011 et 2014.

Les deux tiers (65,8 %) des nouveaux diagnostics chez les personnes de genre masculin avaient entre 25 et 49 ans, 27,5 % avaient 50 ans ou plus et 6,7 % des cas comptaient moins de 25 ans.

Chez les personnes de genre féminin, la moitié (51,2 %) des nouveaux diagnostics étaient dans le groupe de 25 à 49 ans, 44,2 % avaient 50 ans ou plus et deux personnes (4,6 % de cas) avaient moins de 25 ans.

Régions de résidence au moment du diagnostic

Plus de la moitié (58,2 %) des personnes nouvellement diagnostiquées en 2021 résidaient à Montréal; 13,0 % habitaient dans la région de la Montérégie; 7,5 % ont été enregistrées pour la région de la Capitale-Nationale et 6,3 % ont été rapportés pour la région de l'Outaouais.

Les autres régions comptaient moins de 5 % des nouveaux diagnostics chacune, incluant celles du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madelaine et des Terres-Cries-de-la-Baie-James qui n'en rapportent aucun en 2021 (tableau 2)

Statut clinique et taux de CD4 au moment du diagnostic

Selon les professionnelles et professionnels de la santé contactés pour la collecte épidémiologique (tableau 6) :

- 54,8 % des personnes nouvellement diagnostiquées étaient asymptomatiques,
- 8,4 % avaient des signes d'infection aiguë,
- 18,8 % présentaient des symptômes non spécifiques du VIH,
- 17,6 % avaient des infections chroniques spécifiques, soit 42 cas parmi lesquels on compte 34 personnes au stade du SIDA.

Parmi 213 nouveaux diagnostics rapportés avec les résultats du décompte lymphocytaire CD4 :

- La moitié (51,6 %) des cas avaient des taux de CD4 \geq 350;
- L'autre moitié des cas a eu un diagnostic tardif (taux de CD4 < 350), soit : 103 personnes parmi lesquelles on compte 68 cas qui ont été diagnostiqués à un stade avancé de l'infection (taux de CD4 < 200 et/ou stade du sida) (tableau 6);
- La proportion des diagnostics tardifs a augmenté de 39,7 % en 2020 à 48,4 % en 2021 (figure 6). Les tableaux 7 à 9 montrent qu'elle a augmenté de 35,3 % à 45,2 % chez les HARSAH et de 48,0 % à 66,7 % chez les personnes hétérosexuelles. Le nombre de diagnostics tardifs varie peu dans les autres catégories d'exposition entre 2020 et 2021;
- Le nombre de personnes diagnostiquées à un stade avancé de l'infection (taux de CD4 < 200) est passé de 43 en 2020 à 67 cas en 2021. La moitié de ceux-ci présentaient des maladies indicatrices du sida au moment du dépistage, soit 34 personnes (17 HARSAH, 11 cas hétérosexuels, 4 cas OPE, un cas d'une PUDI et un cas pour lequel le risque n'est pas connu).

Tableau 6 Statut clinique et taux de CD4 des nouveaux diagnostics en 2021

Statut clinique	Taux CD4 disponible									Taux CD4 ND ^a	Total
	<200		200-349		350-499		≥500		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	n
Asymptomatique	20	17,2	21	18,1	28	24,1	47	40,5	116	15	131
Infection aiguë	1	5,9	4	23,5	5	29,4	7	41,2	17	3	20
Infection chronique	3	42,9	3	42,9	1	14,3	0	0,0	7	1	8
Sida	31	96,9	1	3,1	0	0,0	0	0,0	32	2	34
Symptômes non spécifiques	11	27,5	7	17,5	9	22,5	13	32,5	40	5	45
Autre	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0	1
Total	67	31,5	36	16,9	43	20,2	67	31,5	213	26	239

^a ND : Non disponible (cas enregistré sans les résultats du décompte des cellules CD4)

Figure 6 Taux de CD4 des personnes nouvellement diagnostiquées, 2013-2021

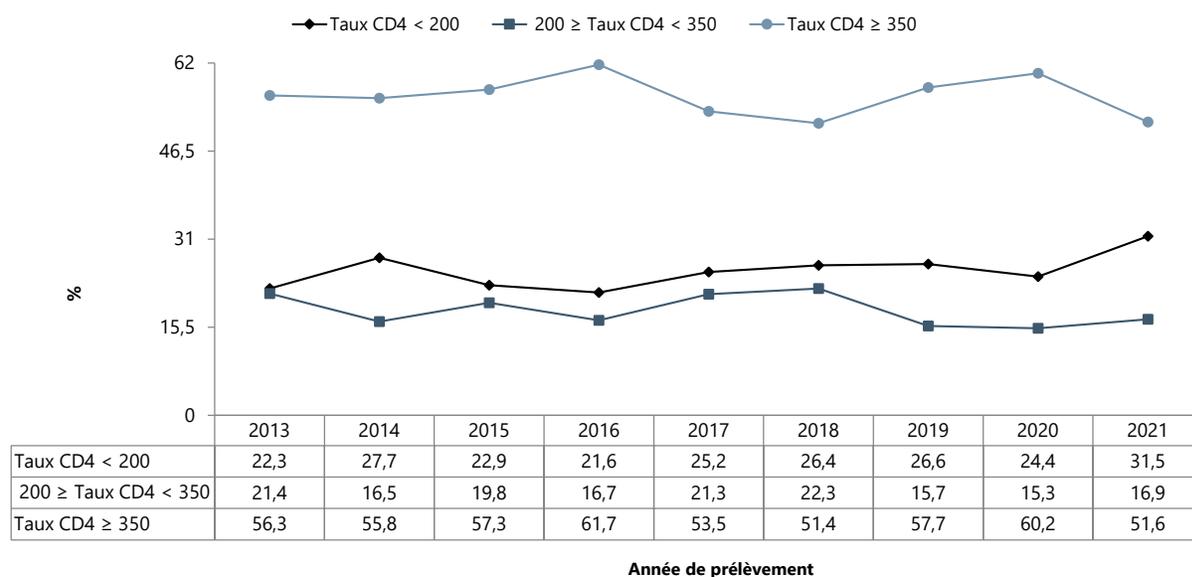


Tableau 7 Répartition des NOUVEAUX DIAGNOSTICS chez les HARSAH et dans l'ENSEMBLE, selon le taux de CD4 et l'année du prélèvement, 2013-2021

Année	ENSEMBLE des NOUVEAUX DIAGNOSTICS									HARSAH								
	< 200		200-349		350-499		≥ 500		Total	< 200		200-349		350-499		≥ 500		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	n	%	n	%	n	%	n	%	N
2013	53	22,3	51	21,4	41	17,2	93	39,1	238	31	20,7	32	21,3	27	18,0	60	40,0	150
2014	74	27,7	44	16,5	61	22,8	88	33,0	267	33	19,5	25	14,8	46	27,2	65	38,5	169
2015	67	22,9	58	19,8	68	23,2	100	34,1	293	30	16,0	37	19,8	49	26,2	71	38,0	187
2016	62	21,6	48	16,7	74	25,8	103	35,9	287	35	18,2	26	13,5	52	27,1	79	41,1	192
2017	83	25,2	70	21,3	67	20,4	109	33,1	329	27	18,5	26	17,8	31	21,2	62	42,5	146
2018	77	26,4	65	22,3	69	23,6	81	27,7	292	27	17,9	32	21,2	42	27,8	50	33,1	151
2019	73	26,6	43	15,7	53	19,3	105	38,3	274	31	20,1	19	12,3	36	23,4	68	44,2	154
2020	43	24,4	27	15,3	43	24,4	63	35,8	176	21	20,6	15	14,7	25	24,5	41	40,2	102
2021	67	31,5	36	16,9	43	20,2	67	31,5	213	35	28,2	21	16,9	28	22,6	40	32,3	124
Total 2013-2021	599	25,3	442	18,7	519	21,9	809	34,1	2369	270	19,6	233	16,9	336	24,4	536	39,0	1375

Tableau 8 Répartition des NOUVEAUX DIAGNOSTICS de cas OPE et de cas HÉTÉROSEXUELS, selon le taux de CD4 et l'année du prélèvement, 2013-2021

Année	OPE									Cas HÉTÉROSEXUELS								
	< 200		200-349		350-499		≥ 500		Total	< 200		200-349		350-499		≥ 500		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	n	%	n	%	n	%	n	%	N
2013	11	27,5	11	27,5	7	17,5	11	27,5	40	6	23,1	7	26,9	4	15,4	9	34,6	26
2014	18	36,0	12	24,0	10	20,0	10	20,0	50	13	39,4	7	21,2	5	15,2	8	24,2	33
2015	15	37,5	11	27,5	7	17,5	7	17,5	40	16	33,3	10	20,8	10	20,8	12	25,0	48
2016	14	29,2	15	31,3	9	18,8	10	20,8	48	8	21,6	7	18,9	11	29,7	11	29,7	37
2017	35	29,2	36	30,0	23	19,2	26	21,7	120	13	25,5	8	15,7	11	21,6	19	37,3	51
2018	22	31,4	17	24,3	14	20,0	17	24,3	70	22	44,0	10	20,0	10	20,0	8	16,0	50
2019	27	38,0	11	15,5	8	11,3	25	35,2	71	12	30,8	11	28,2	9	23,1	7	17,9	39
2020	11	34,4	4	12,5	8	25,0	9	28,1	32	8	32,0	4	16,0	7	28,0	6	24,0	25
2021	11	30,6	5	13,9	10	27,8	10	27,8	36	16	44,4	8	22,2	2	5,6	10	27,8	36
Total 2013-2021	164	32,3	122	24,1	96	18,9	125	24,7	507	114	33,0	72	20,9	69	20,0	90	26,1	345

Tableau 9 Répartition des NOUVEAUX DIAGNOSTICS chez les PUDI et les HARSAH/PUDI, selon le taux de CD4 et l'année du prélèvement, 2013-2021

Année	PUDI					HARSAH/PUDI				
	< 200	200-349	350-499	≥ 500	Total	< 200	200-349	350-499	≥ 500	Total
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
2013	3	1	2	4	10	1	0	0	6	7
2014	8	0	0	3	11	1	0	0	2	3
2015	4	0	0	4	8	0	0	2	5	7
2016	3	0	1	2	6	2	0	1	0	3
2017	5	0	2	0	7	2	0	0	0	2
2018	6	5	1	3	15	0	1	2	2	5
2019	0	0	0	2	2	2	2	0	3	7
2020	2	2	1	5	10	0	2	2	2	6
2021	3	2	1	2	8	1	0	2	4	7
Total 2013-2021	34	10	8	25	77	9	5	9	24	47

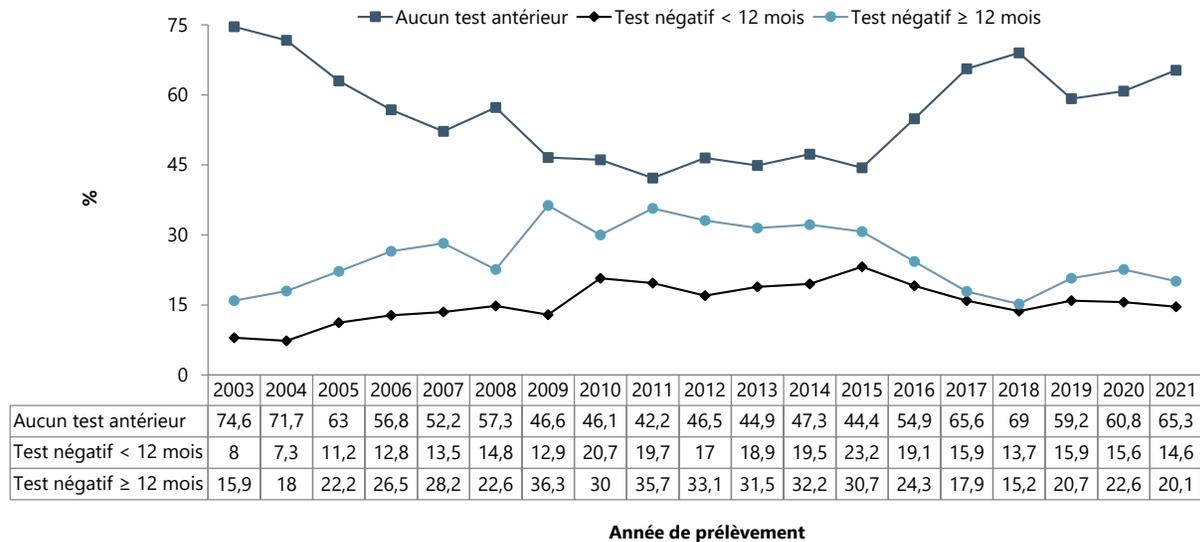
Antécédents de dépistage du VIH

- Près des deux tiers (65,3 %) des personnes nouvellement diagnostiquées en 2021 n'avaient jamais eu de dépistage du VIH auparavant.
- La proportion des cas sans test antérieur de dépistage est plus élevée dans les groupes d'âge supérieur ou égal à 45 ans, chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et parmi les cas d'infections hétérosexuelles (tableau 10).
- 57,8 % des cas ayant un test antérieur rapportaient un dépistage qui datait de plus d'un an.
- La proportion des cas ayant eu un dépistage dans les 12 derniers mois reste faible (figure 7).

Tableau 10 Antécédents de dépistage du VIH des cas nouvellement diagnostiqués en 2021

	Aucun dépistage antérieur du VIH		Dernier test négatif			Total
			< 1 an		≥ 1 an	
	n	%	n	%	n	n
Exposition						
HARSAH	74	54,4	29	21,3	33	136
HARSAH/PUDI	4	44,4	2	22,2	3	9
PUDI	4	50,0	3	37,5	1	8
OPE	38	90,5	0	0,0	4	42
Hétérosexuel	34	80,9	1	2,4	7	42
Autre	2	100	0	0,0	0	2
Groupe d'âge						
< 15	2	100	0	0,0	0	2
15-24	7	53,8	3	23,1	3	13
25-34	37	52,1	19	26,8	15	71
35-44	34	57,6	10	16,9	15	59
45-54	39	79,6	1	2,0	9	49
≥ 55	37	82,2	2	4,4	6	45
Genre						
Masculin	117	60,6	32	16,6	44	193
Féminin	38	88,4	2	4,6	3	43
Trans	1	33,3	1	33,3	1	3
Total	156	65,3	35	14,6	48	239

Figure 7 Antécédents de dépistage du VIH des personnes nouvellement diagnostiquées, 2003-2021



Catégories d'exposition des nouveaux diagnostics

Certains groupes de populations sont touchés de manière disproportionnée par l'infection par le VIH, soit :

- Les HARSAH:
 - Plus de la moitié (136/239) des nouveaux diagnostics ont été rapportés pour cette population en 2021 (60,7 % si on inclut les HARSAH/PUDI) (figure 8).
 - Chez les personnes de genre masculin, 69,4 % des nouveaux diagnostics proviennent de ce groupe de population (74,1 % si on ajoute les HARSAH/PUDI) (figure 9).
 - Ce groupe de population enregistre annuellement le nombre de nouveaux diagnostics le plus élevé depuis le début du programme.
 - Le nombre de nouveaux diagnostics chez les HARSAH a augmenté de 18,3 % en passant de 115 en 2020 à 134 en 2021.
 - Parmi 124 nouveaux diagnostics de HARSAH qui avaient des résultats du décompte lymphocytaire CD4, plus de la moitié (54,8 %) des cas affichaient un taux de CD4 supérieur à 350; les 56 autres ont été tardivement dépistés (taux de CD4 < 350).
 - La proportion des diagnostics tardifs chez les HARSAH varie à la hausse depuis 2019; elle est passée de 32,5 % en 2019 à 35,2 % en 2020 et à 45,2 % en 2021 (tableau 7).

- Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique:
 - Elles représentent 17,6 % des nouveaux diagnostics enregistrés pour l'année 2021;
 - Ce groupe de population est le plus touché chez les personnes de genre féminin : il représente 60,5 % des nouveaux diagnostics rapportés pour la population féminine et 8,3 % de ceux enregistrés pour le genre masculin (figures 9 et 10);
 - Le nombre de nouveaux diagnostics varie peu dans cette catégorie d'exposition entre 2020 et 2021 (figure 8).
 - La proportion des diagnostics tardifs est élevée (44,4 % en 2021) dans cette population (tableau 8).
- Les personnes qui ont des partenaires hétérosexuels à risque et celles hétérosexuelles sans autre risque identifié :
 - Elles représentent 17,8 % des nouveaux diagnostics en 2021 (30,2 % des cas féminins et 14,5 % des cas masculins).
 - Le nombre de nouveaux diagnostics d'infections hétérosexuelles a augmenté de 33 cas en 2020 à 42 en 2021.
 - Parmi ces derniers cas, 36 avaient des résultats du décompte lymphocytaire CD4 et les deux tiers d'entre eux avaient moins de 350 lymphocytes CD4 par mm³ (tableau 8).
- Les personnes qui s'injectent des drogues (PUDI) :
 - Elles forment 3,3 % des nouveaux diagnostics en 2021 (7,1 % si on ajoute les HARSAH/PUDI).
 - Le nombre de nouveaux diagnostics chez les PUDI est passé de 12 cas en 2020 à 8 en 2021 (de 18 à 17 cas si on ajoute les HARSAH/PUDI).
 - Parmi 15 cas de PUDI ou HARSAH/PUDI qui avaient des résultats du taux de CD4, neuf personnes affichaient des taux supérieurs ou égal à 350 (tableau 9).
- Un nouveau diagnostic d'**infection périnatale** a été enregistré chez un enfant âgé de quatre ans, qui est né au Canada et d'origine canadienne.

Figure 8 Nombre de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2003-2021

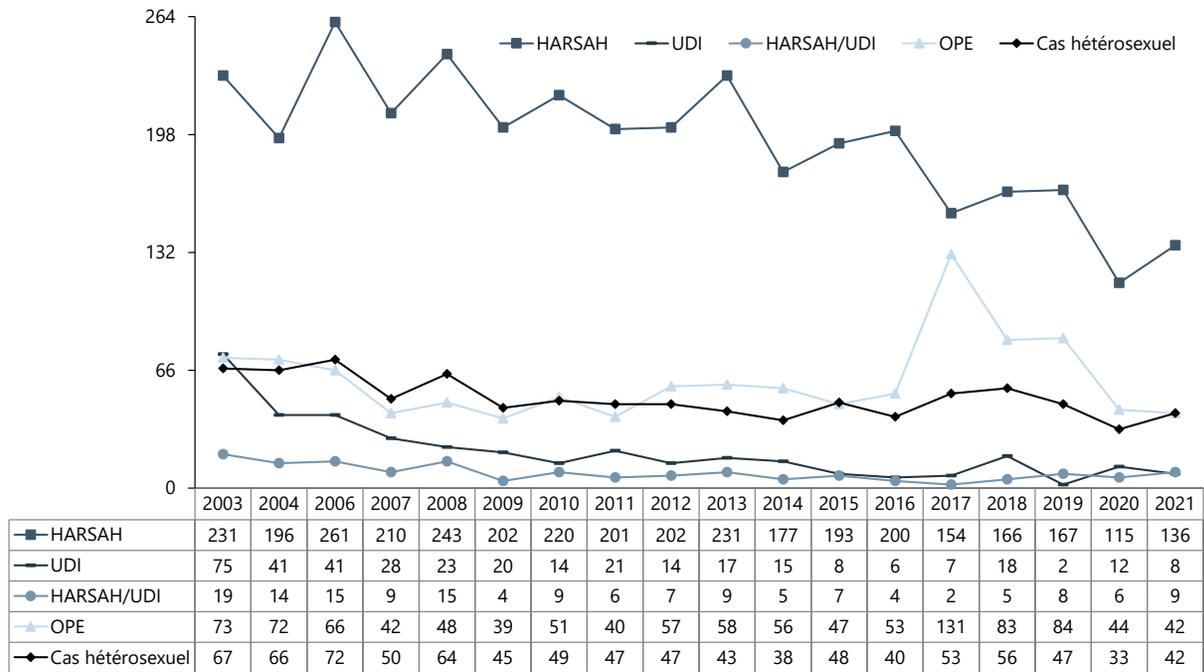


Figure 9 Distribution (%) des NOUVEAUX DIAGNOSTICS de cas de genre MASCULIN, par catégorie d'exposition, 2021

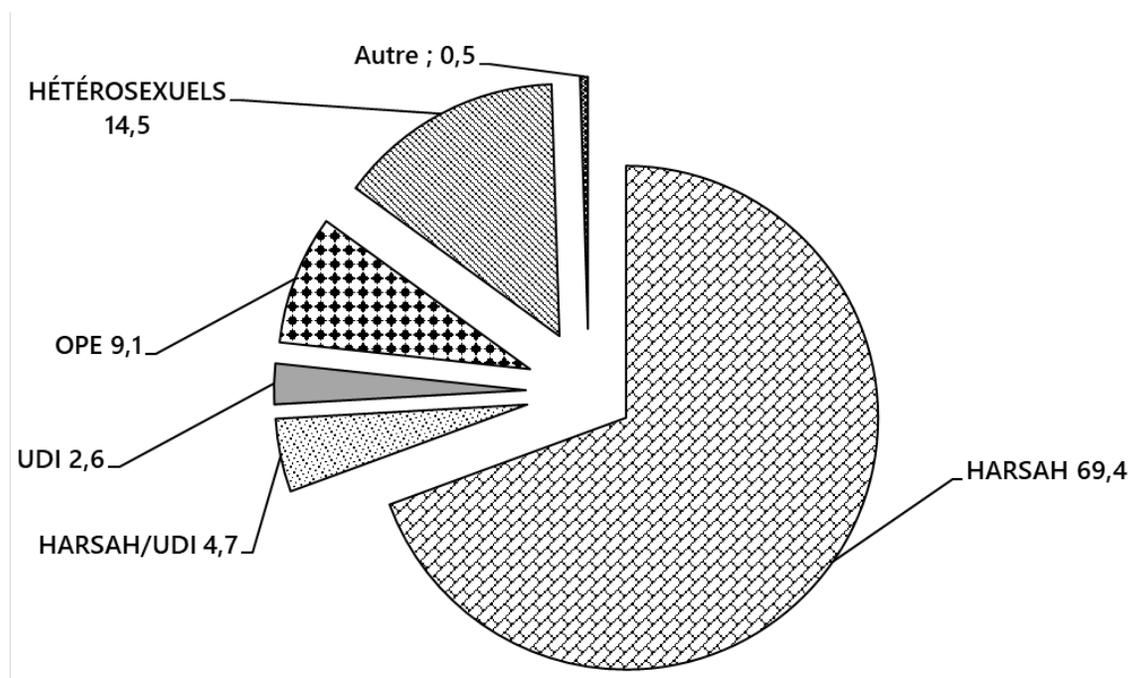
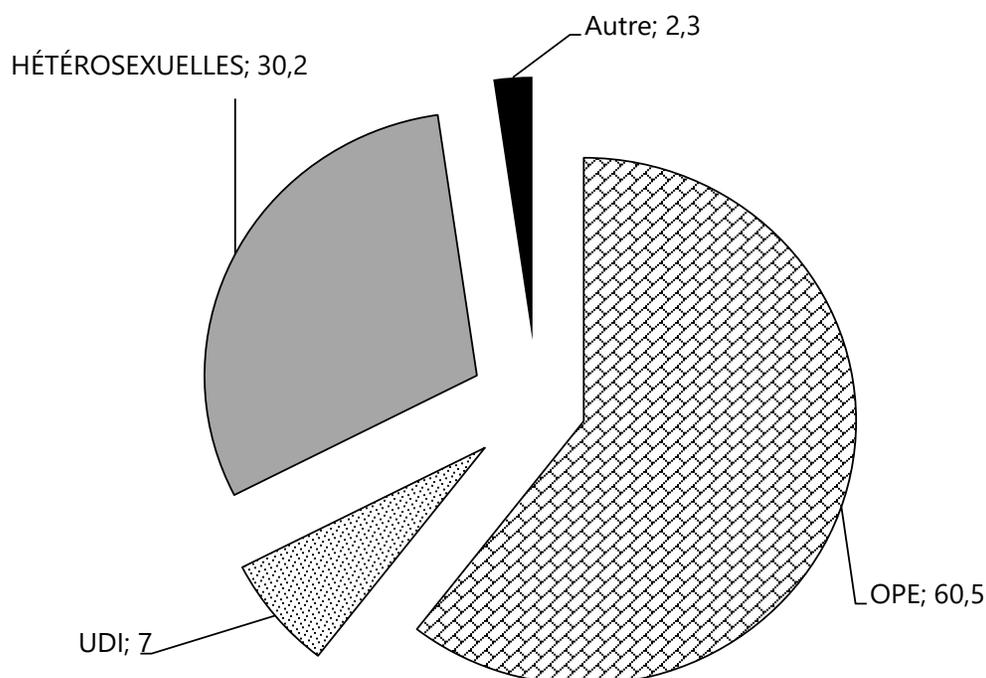


Figure 10 Distribution (%) des NOUVEAUX DIAGNOSTICS de cas de GENRE FÉMININ, par catégorie d'exposition, 2021



Taux de nouveaux diagnostics en 2021

- Le taux de nouveaux diagnostics qui avait fortement diminué entre 2019 et 2020 est passé de 2,5 en 2020 à 2,8 cas pour 100 000 en 2021 (figures 11) :
 - Pour le genre masculin, il a augmenté de 18,4 % en passant de 3,8 en 2020 à 4,5 cas pour 100 000 en 2021. Il était quatre fois plus élevé que celui chez les personnes de genre féminin qui a été estimé à 1,0 pour 100 000 en 2021.
 - Le taux le plus élevé a été observé dans le groupe d'âge de 25-29 ans pour le genre masculin et entre 35 et 39 ans pour le genre féminin (figure 12).
 - La région de Montréal affichait un taux nettement supérieur à la moyenne provinciale, soit 6,8 pour 100 000 en 2021 (tableaux 11). Pour cette région, le taux de nouveaux diagnostics avait diminué de 13,4 à 8,6 cas pour 100 000 chez les hommes et de 5,2 à 2,7 cas pour 100 000 chez les femmes entre 2019 et 2020. Il a augmenté chez les hommes et a diminué chez les femmes entre 2020 et 2021 (tableaux 12).
 - Les taux des autres régions étaient inférieurs à la moyenne provinciale, excepté dans trois régions (le Nord-du-Québec et le Nunavik qui sont très peu peuplés et n'enregistrent qu'un nouveau diagnostic chacun en 2021, ainsi que la région de l'Outaouais).

- Les tendances du taux annuel de nouveaux diagnostics ne sont pas homogènes d'un groupe d'âge à l'autre (figure 13) :
 - Chez les personnes âgées de 35 à 54 ans, le taux de nouveaux diagnostics qui avait diminué de 29,3 % entre 2019 et 2020 a augmenté en passant de 4,1 en 2020 à 4,9 cas pour 100 000 en 2021 (+19,5 %).
 - Chez les personnes âgées de 25 à 34 ans, le taux de nouveaux diagnostics est généralement plus élevé que celui du groupe d'âge précédent. Il est passé de 5,7 en 2020 à 6,5 cas pour 100 000 en 2021 (variation de 14,0 %).
 - Le taux de nouveaux diagnostics reste relativement faible et il varie relativement peu entre 2020 et 2021 chez les personnes plus jeunes (15-24 ans) et les personnes âgées de 55 ans ou plus (figure 13)
- Les tendances diffèrent également d'une catégorie d'exposition à l'autre (figure 8) :
 - Le nombre de nouveaux diagnostics est généralement à la baisse chez les HARSAH.
 - Il demeure faible chez les personnes PUDI.
 - Pour les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, le nombre de nouveaux diagnostics qui avait augmenté entre 2017 et 2019 varie à la baisse depuis.
 - Chez les personnes hétérosexuelles originaires de pays où le VIH n'est pas endémique, le nombre de nouveaux diagnostics a augmenté de 33 cas en 2020 à 42 en 2021 (+ 27,3 %).

Figure 11 Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS chez les personnes de genre masculin et chez celles de genre féminin, par année du prélèvement, 2003-2021

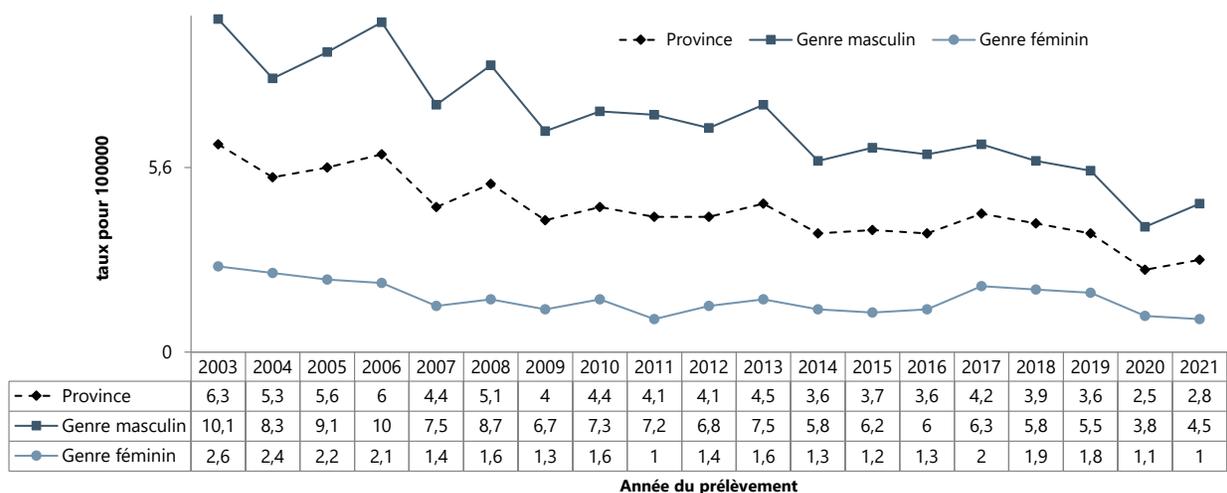


Figure 12 Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par groupe d'âge chez les personnes de genre masculin et chez celles de genre féminin en 2021

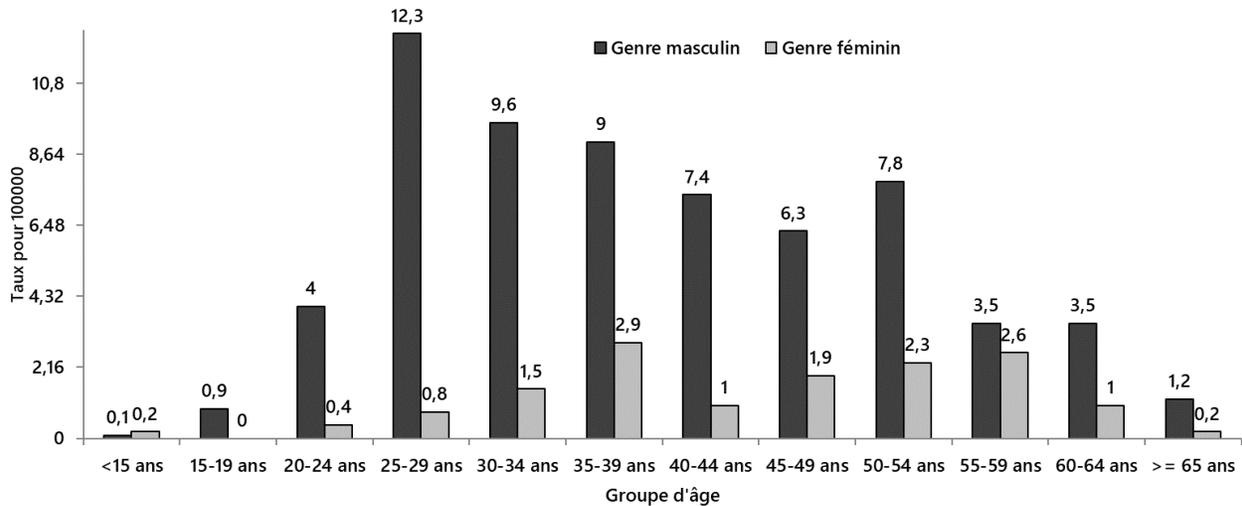


Figure 13 Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par groupe d'âge et année du prélèvement, 2003-2021

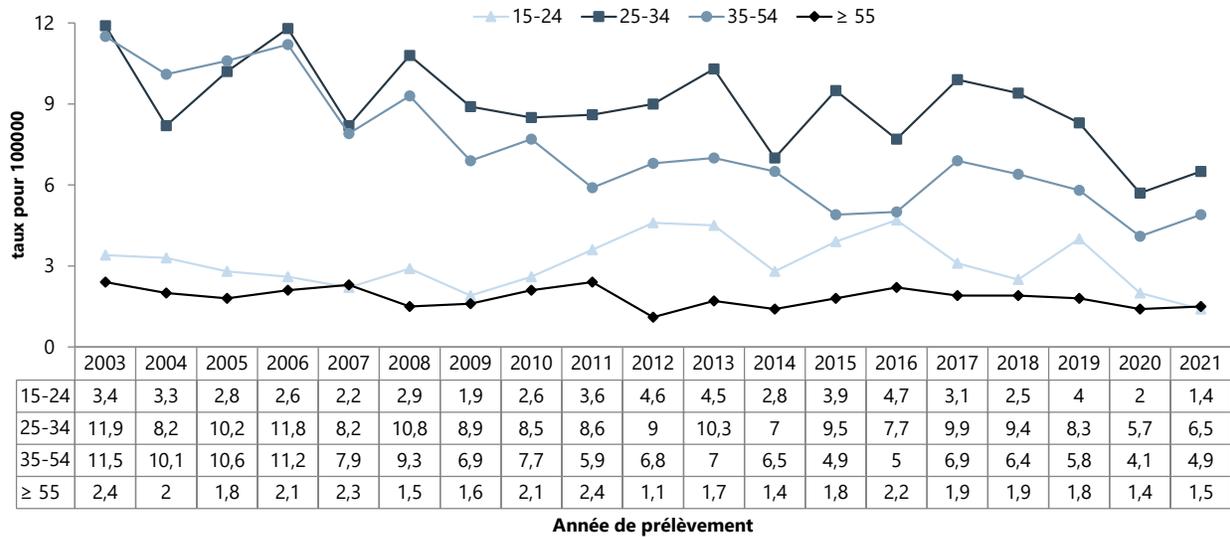


Tableau 11 Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS pour 100 000 personnes, selon la région, 2012-2021

Région	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	n	Taux																		
01	8	4,0	4	2,0	1	0,5	3	1,5	4	2,0	0	0,0	1	0,5	2	1,0	1	0,5	0	0,0
02	5	1,9	4	1,5	2	0,7	4	1,4	2	0,7	6	2,1	4	1,4	3	1,1	8	2,9	1	0,4
03	31	4,4	24	3,4	21	3,0	22	3,0	16	2,2	26	3,5	21	2,8	20	2,7	23	3,0	18	2,4
04	20	4,0	12	2,4	8	1,6	8	1,6	4	0,8	14	2,7	10	1,9	10	1,9	5	1,0	5	0,9
05	5	1,6	10	3,2	8	2,5	4	0,8	5	1,0	6	1,2	5	1,0	5	1,0	5	1,0	3	0,6
06	186	9,6	224	11,5	177	9,0	180	9,0	183	9,1	211	10,4	199	9,8	190	9,3	116	5,6	139	6,8
07	4	1,1	9	2,4	10	2,6	4	1,0	8	2,0	9	2,3	6	1,5	11	2,8	8	2,0	15	3,7
08	1	0,7	2	1,4	3	2,1	3	2,0	5	3,4	1	0,7	5	3,3	3	2,0	3	2,0	4	2,7
09	2	2,1	0	0,0	1	1,1	3	3,1	0	0,0	0	0,0	2	2,1	0	0,0	1	1,1	0	0,0
10	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,3	1	7,4	1	7,5
11	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	1,1	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0
12	4	1,0	7	1,7	7	1,7	3	0,7	3	0,7	4	0,9	4	0,9	4	0,9	6	1,4	2	0,5
13	11	2,7	15	3,6	12	2,9	11	2,6	10	2,3	18	4,1	11	2,5	13	3,0	6	1,4	11	2,5
14	7	1,4	7	1,4	5	1,0	12	2,4	15	2,9	14	2,7	7	1,3	5	1,0	3	0,6	4	0,8
15	9	1,6	10	1,7	5	0,9	13	2,2	9	1,5	10	1,6	11	1,8	11	1,8	9	1,4	4	0,6
16	36	2,4	37	2,5	31	2,1	36	2,6	38	2,7	32	2,3	43	3,0	30	2,1	16	1,1	31	2,1
17	0	0,0	0	0,0	1	8,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,0	1	6,8
18	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	329	4,1	365	4,5	292	3,6	306	3,7	304	3,6	352	4,2	329	3,9	309	3,6	212	2,5	239	2,8

01 : Bas-Saint-Laurent; 02 : Saguenay–Lac-Saint-Jean; 03 : Capitale-Nationale; 04 : Mauricie et Centre-du-Québec; 05 : Estrie; 06 : Montréal; 07 : Outaouais; 08 : Abitibi-Témiscamingue; 09 : Côte-Nord; 10 : Nord-du-Québec; 11 : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine; 12 : Chaudière-Appalaches; 13 : Laval; 14 : Lanaudière; 15 : Laurentides; 16 : Montérégie; 17 : Nunavik; 18 : Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Tableau 12 Répartition (%) des NOUVEAUX DIAGNOSTICS enregistrés pour le genre masculin et pour le genre féminin, et taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS pour 100 000 personnes, par région, 2017-2021

Région	2017				2018				2019				2020				2021			
	Genre masculin 266 cas		Genre féminin 86 cas		Genre masculin 245 cas		Genre féminin 83 cas		Genre masculin 231 cas		Genre féminin 75 cas		Genre masculin 164 cas		Genre féminin 48 cas		Genre masculin 193 cas		Genre féminin 43 cas	
	%	taux	%	taux																
01	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	1,0	0,0	0,0	0,9	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
02	2,3	4,3	0,0	0,0	1,6	2,8	0,0	0,0	1,3	2,1	0,0	0,0	4,3	5,0	2,1	0,7	0,5	0,7	0,0	0,0
03	7,9	5,7	5,8	1,3	6,5	4,3	6,0	1,3	7,4	4,6	4,0	0,8	11,6	5,1	8,3	1,1	7,8	4,0	7,0	0,8
04	4,9	5,0	1,2	0,4	2,9	2,7	3,6	1,2	3,9	3,4	1,3	0,4	1,8	1,1	4,2	0,8	2,6	1,9	0,0	0,0
05	1,9	2,1	1,2	0,4	0,8	0,8	3,6	1,2	1,3	1,2	2,7	0,8	2,4	1,6	2,1	0,4	0,5	0,4	4,7	0,8
06	57,5	15,3	67,4	5,7	61,2	14,9	57,8	4,7	58,0	13,2	72,0	5,2	53,7	8,6	58,3	2,7	59,1	11,2	53,5	2,2
07	2,6	3,5	2,3	1,0	2,0	2,5	1,2	0,5	3,5	4,0	4,0	1,5	3,7	3,0	4,2	1,0	5,2	5,0	11,6	2,5
08	0,4	1,3	0,0	0,0	1,2	3,9	2,4	2,7	1,3	4,0	0,0	0,0	1,2	2,7	2,1	1,4	1,0	2,7	4,7	2,8
09	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	2,0	1,2	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0
10	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	13,7	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	15,9	0,5	14,0	0,0	0,0
11	0,4	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12	1,5	1,9	0,0	0,0	1,6	1,8	0,0	0,0	1,7	1,8	0,0	0,0	3,0	2,3	2,1	0,5	1,0	0,9	0,0	0,0
13	4,1	5,1	8,1	3,1	3,7	4,1	2,4	0,9	1,7	1,8	12,0	4,0	3,0	2,3	2,1	0,4	4,7	4,1	4,7	0,9
14	4,9	5,0	1,2	0,4	2,4	2,3	1,2	0,4	2,2	1,9	0,0	0,0	1,8	1,1	0,0	0,0	2,1	1,5	0,0	0,0
15	2,6	2,3	3,5	1,0	3,7	2,9	2,4	0,7	3,9	2,9	1,3	0,3	4,9	2,5	2,1	0,3	1,6	0,9	2,3	0,3
16	9,0	3,5	9,3	1,1	11,4	4,0	18,1	2,1	12,1	4,0	2,7	0,3	8,5	2,0	4,2	0,3	13,0	3,5	11,6	0,7
17	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	14,4	0,5	13,3	0,0	0,0
18	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	6,3	100,0	2,0	100,0	5,8	100,0	1,9	100,0	5,5	100,0	1,8	100,0	3,8	100,0	1,1	100,0	4,5	100,0	1,0

01 : Bas-Saint-Laurent; 02 : Saguenay–Lac-Saint-Jean; 03 : Capitale-Nationale; 04 : Mauricie et Centre-du-Québec; 05 : Estrie; 06 : Montréal; 07 : Outaouais; 08 : Abitibi-Témiscamingue; 09 : Côte-Nord; 10 : Nord-du-Québec; 11 : Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine; 12 : Chaudière-Appalaches; 13 : Laval; 14 : Lanaudière; 15 : Laurentides; 16 : Montérégie; 17 : Nunavik; 18 : Terres-Cries-de-la-Baie-James.

2.2.3 Les anciens diagnostics rapportés en 2021

Ces cas (n = 257) sont enregistrés chez des personnes qui avaient déjà eu un diagnostic de l'infection rapportée en 2021 et qui n'avaient pas été ou ne pouvaient pas être enregistrées au moment du test antérieur positif.

À noter que la majorité des anciens diagnostics rapportés en 2021 avaient eu leur premier test positif au Québec (tableau 13).

Tableau 13 Répartition des anciens diagnostics selon le lieu de naissance du cas et le lieu où a été fait leur premier test positif, 2021

Lieu de naissance	Lieu où a été fait le premier test positif				Total
	Québec	Ailleurs au Canada	Hors-Canada	Inconnu	
Canada	113	14	0	1	128
Hors-Canada	32	4	89	3	128
Inconnu	0	0	1	0	1
Total	145	18	90	4	257

Un pays autre que le Canada a été rapporté comme pays d'origine de plus de la moitié des anciens diagnostics (tableau 4).

La distribution des anciens diagnostics dans les régions et selon la catégorie d'exposition est relativement comparable à celle des nouveaux diagnostics. Comme ceux-ci, les anciens diagnostics sont majoritairement rapportés chez des HARSAH et principalement à Montréal (tableaux 2 et 3).

C'est dans les anciens diagnostics qu'ont été enregistrés deux cas d'infections périnatales survenues à la naissance dans les pays d'origine de deux immigrants âgés de 12 et 24 ans, ainsi qu'un cas d'infection par des dons de sang chez une personne d'origine canadienne, qui avait été diagnostiquée en 1986 et qui est suivi depuis pour son infection (tableau 3).

3 INTERPRÉTATION ET LIMITES DES DONNÉES

3.1 Interprétation des résultats

Diminution du nombre de cas en 2020, suivie d'une discrète variation à la hausse en 2021

Le nombre de nouveaux diagnostics fluctue d'une année à l'autre depuis le début du programme avec une légère tendance à la baisse. La diminution importante de cas en 2020 et la variation du nombre des cas à la hausse en 2021 doivent être interprétées avec prudence et contextualisées dans la pandémie de COVID-19.

Celle-ci a eu un impact important sur le dépistage de l'infection par le VIH au Québec. Les mesures de confinement, la capacité des laboratoires et la réaffectation des ressources à la pandémie de COVID-19 ont réduit l'accès au dépistage, et ont prolongé le délai pour obtenir un rendez-vous. Les personnes ayant eu des comportements à risque n'ont peut-être pas consulté, par exemple de peur du jugement de ne pas avoir respecté les consignes sanitaires.

Dans une enquête réalisée en 2021 par l'Agence de la santé publique du Canada sur l'impact de COVID-19 auprès des fournisseurs de services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS, 66 % des répondants ont rapporté une baisse de la demande à leurs services et 44 % ont noté une diminution de leur capacité à fournir ces services (6).

Ces impacts variaient selon les régions et dans le temps. Une offre de dépistage de l'infection par le VIH a tout de même été maintenue dans l'ensemble des régions tout au long de l'année 2020 et les données montrent une remontée du dépistage du VIH en 2021, ainsi qu'un taux de positivité des tests qui est demeuré stable en 2020 et en 2021. Cela indique que la diminution du nombre de nouveaux diagnostics en 2020 ne représente pas une diminution équivalente des nouvelles infections, pas plus que la variation de ces cas à la hausse en 2021 ne représente une variation d'incidence dans le même sens. Cette variation des cas serait plutôt un résultat de l'augmentation du dépistage du VIH en 2021.

Les données disponibles ne signalent pas de hausse de nouvelles infections et il y a peu de changement dans les caractéristiques des nouveaux diagnostics.

Groupes de population les plus touchés

L'épidémie du VIH reste concentrée dans les centres urbains, et auprès des groupes de populations à risque, principalement chez les HARSAH.

La transmission du VIH est encore importante dans ce groupe de population, qui enregistre annuellement le nombre de cas le plus élevé depuis le début du programme.

Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique constituent le deuxième groupe de population le plus touché, et sont au premier rang chez les femmes. La diminution des cas dans ce groupe de population en 2020 et en 2021 provient en partie des mesures visant à limiter les

entrées aux voyages essentiels, qui ont été appliquées dans la même période pour combattre l'épidémie de COVID-19.

Les personnes qui ont des rapports hétérosexuels non protégés arrivent au troisième rang. Le nombre de cas reste faible et varie relativement peu d'une année à l'autre pour cette population.

Les personnes qui s'injectent des drogues suivent avec un nombre de cas généralement faible. Une baisse de l'incidence du VIH a été observée dans cette population par le réseau SurvPUDI (7). Elle pourrait être en partie associée à une diminution du nombre de consommateurs de drogues par injection, donc de la population PUDI, une des hypothèses de la diminution étant l'augmentation du taux d'abandon de l'injection avec l'offre accrue de services aux personnes utilisatrices de drogues par injections (8). La hausse des nouveaux diagnostics de cas chez les PUDI en 2020 serait due au hasard.

Catégories où la transmission est contrôlée

La transmission périnatale du VIH serait actuellement sous contrôle au Québec. Les données du programme ne permettent pas de documenter le contexte de la transmission périnatale rapportée pour l'enfant de quatre ans qui est né au Canada et d'origine canadienne. Les deux autres infections par le VIH enregistrées dans cette catégorie d'exposition seraient survenues à la naissance des cas dans leurs pays d'origine.

La transmission par des dons de sang, des greffes d'organes et de tissus est également contrôlée au Québec. Le cas enregistré dans cette catégorie d'exposition avait été diagnostiqué en 1986 (avant l'application des mesures de sécurité des dons de sang) et il était suivi depuis pour l'infection rapportée comme ancien diagnostic en 2021 dans le groupe d'âge de 70 -74 ans.

Fréquence sous optimale du dépistage du VIH

La proportion des cas diagnostiqués au stade avancé de l'infection suggère que le dépistage est encore tardif pour un nombre relativement important de PVVIH au Québec.

3.2 Limites des données

Un des objectifs du programme est de faire le suivi de l'épidémie du VIH pour permettre, notamment, de mieux orienter les efforts de prévention et de déterminer les besoins en soins et services. Les données générées par le programme portent sur les cas détectés et enregistrés. Elles excluent les cas confirmés qui ne sont pas enregistrés, et les PVVIH qui ne sont pas dépistés et ignorent leur statut quant à l'infection. Il n'est donc pas possible de préciser l'incidence et la prévalence du VIH au Québec avec ces données.

De plus, les nouveaux diagnostics ne représentent pas nécessairement les nouvelles infections. L'infection par le VIH est une maladie chronique associée à une période de latence plus ou moins longue. Plusieurs personnes peuvent avoir été infectées bien avant l'année du

prélèvement du test qui s'avère positif, et ce ne sont pas toutes les PVVIH dans la période visée qui bénéficient d'un test de détection du VIH. La majorité des nouveaux diagnostics sont chez des individus qui n'avaient jamais eu de dépistage du VIH auparavant ou dont le dernier test négatif datait de plus d'un an. Ces infections pourraient donc être récentes ou anciennes. Selon les estimations présentées par l'Agence de la santé publique du Canada à la conférence internationale sur le VIH/SIDA en juillet 2022 à Montréal, entre 200 et 600 personnes résidentes du Québec ont été infectées en 2020 (9).

Le nombre de nouveaux diagnostics est, par ailleurs, sous-estimé. Tous les tests confirmés positifs ne mènent pas à l'enregistrement des cas au programme. Des cas détectés n'ont pu être enregistrés pour différentes raisons (données épidémiologiques non disponibles auprès du professionnel ou de la professionnelle de la santé qui a diagnostiqué le cas, tests anonymes, cas confirmés pour des études de recherche, à la demande d'Héma-Québec, etc.). Il n'est pas possible d'estimer le nombre de personnes qui ont fourni les spécimens positifs pour lesquels la collecte épidémiologique n'a pu être complétée.

Environ dix pour cent des PVVIH au Canada ne seraient pas diagnostiquées (9). La proportion des personnes vivant avec le VIH sans le savoir serait plus élevée chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique (10). Selon les estimations pour le Québec de l'Agence de la santé publique du Canada, entre 15 000 et 20 300 personnes vivaient avec le VIH au Québec en 2020. Si la proportion des personnes non diagnostiquées au Québec se compare à celle du Canada, environ 1800 PVVIH dans la province ne seraient donc pas diagnostiquées.

La détection et le traitement précoces de l'infection par le VIH contribuent à diminuer la transmission du virus (3, 11–15). Le risque de transmission sexuelle du VIH est négligeable lorsqu'une personne susceptible de transmettre le virus à ses partenaires sexuels prend un traitement antirétroviral et que sa charge virale se maintient à moins de 200 copies par millilitre de sang (4).

La cascade de soins est composée d'indicateurs qui documentent les étapes nécessaires à l'atteinte de la plus grande proportion possible de cas qui ont une charge virale indétectable. Elle inclut le nombre estimé d'individus vivant avec le VIH, diagnostiqués, pris en charge, retenus aux soins, traités et à l'étape de la suppression virologique (16-17).

Un projet de recherche visant à évaluer de nouvelles approches d'optimisation de la surveillance du VIH au Québec a reçu un avis favorable de la Commission d'accès à l'information et il est actuellement en cours pour estimer la proportion des cas diagnostiqués, pris en charge et ayant une charge virale contrôlée.

3.3 En conclusion

La transmission du virus est encore active au Québec et une proportion relativement importante de personnes vivant avec le VIH sont diagnostiquées tardivement et ne bénéficient donc pas d'un traitement qui débute en temps opportun.

Les personnes de genre masculin, et particulièrement les HARSAH, demeurent les plus touchés.

La transmission par des relations hétérosexuelles non protégées persiste. Elle représente le principal mode de transmission chez les personnes de genre féminin et dans cette population, la majorité des cas sont originaires de pays où le VIH est endémique.

Un petit nombre de cas continue d'être observé chez les personnes qui s'injectent des drogues avec du matériel non stérile.

La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur l'offre et le recours aux services de dépistage du VIH et a ainsi influencé l'analyse et l'interprétation des données du programme pour l'année 2021.

Les données disponibles ne signalent pas de hausse de nouvelles infections et il y a peu de changement dans les caractéristiques des nouveaux diagnostics.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide québécois de dépistage: infections transmissibles sexuellement et par le sang. Ministère de la Santé et des Services sociaux; Gouvernement du Québec; 2019.
2. Loutfy MR, Wu W, Letchumanan M, Bondy L, Antoniou T, Margolese S, et al. Systematic review of HIV transmission between heterosexual serodiscordant couples where the HIV-positive partner is fully suppressed on antiretroviral therapy. *PLoS ONE*. 2013;8(2):e55747.
3. Cohen J. HIV prevention. Halting HIV/AIDS epidemics. *Science*. 9 déc 2011;334(6061):1338-40.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. L'effet du traitement des personnes vivant avec le VIH sur le risque de transmission sexuelle de l'infection. 2018.
5. Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J, et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Med*. janv 2011;12(1):61-4.
6. Agence de la santé publique du Canada. Enquête concernant l'incidence de la COVID-19 sur la capacité à fournir des services de dépistage ou de traitement des ITSS, y compris des services de réduction de méfaits au Canada., 2021.
7. Leclerc P., Roy E., Alary M., Parent R., Blouin k. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injections, réseau I-track-SurvUDI : Épidémiologie du VIH de 1995 à 2016, Épidémiologie du VHC de 2002 à 2016. Institut national de santé publique du Québec; 2018.
8. Leclerc P, Vandal AC, Fall A, Bruneau J, Roy É, Brissette S, et al. Estimating the size of the population of persons who inject drugs in the island of Montréal, Canada, using a six-source capture-recapture model. *Drug Alcohol Depend*. 1 sept 2014;142:174-80.
9. Agence de la santé publique du Canada. Estimates of HIV incidence, prevalence and Canada's progress on meeting the 90-90-90 HIVI targets, 2020.
10. Ha S, Paquette D, Tarasuk J, Dodds J, Gale-Rowe M, Brooks JI, et al. A systematic review of HIV testing among Canadian populations. *Can J Public Health*. 15 janv 2014;105(1):e53-62.
11. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 11 août 2011;365(6):493-505.
12. Vasylyeva TI, Friedman SR, Smyrnov P, Bondarenko K. A new approach to prevent HIV transmission: Project Protect intervention for recently infected individuals. *AIDS Care*. 2015;27(2):223-8.
13. Grinsztejn B, Hosseinipour MC, Ribaldo HJ, Swindells S, Eron J, Chen YQ, et al. Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis*. avr 2014;14(4):281-90.
14. Cohen J. Breakthrough of the year. HIV treatment as prevention. *Science*. 23 déc. 2011;334(6063):1628.

15. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, Del Rio C, Burman WJ. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clin Infect Dis*. 15 mars 2011;52(6):793-800.
16. UNAIDS. 90-90-90 - An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. 2014.
17. Hull MW, Wu Z, Montaner JSG. Optimizing the engagement of care cascade: a critical step to maximize the impact of HIV treatment as prevention. *Curr Opin HIV AIDS*. nov 2012;7(6):579-86

Centre de référence
et d'expertise



www.inspq.qc.ca