



Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec Rapport annuel 2022

SURVEILLANCE ET VIGIE

JUILLET 2024

RAPPORT DE SURVEILLANCE

AUTEURS ET AUTRICES

Raphaël Bitera, conseiller scientifique spécialisé
Gilles Lambert, médecin-conseil
Karine Blouin, conseillère scientifique spécialisée
Direction des risques biologiques

Diane Sylvain, conseillère scientifique
Paula Gruber, conseillère scientifique
Laboratoire de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Pierre-Henri Minot, chef d'unité scientifique
Direction des risques biologiques

COLLABORATION

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

Anne Bruneau, médecin-conseil
Elizabeth Parenteau, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques

Maud Vallée, spécialiste clinique en biologie médicale
Laboratoire de santé publique du Québec

Les auteur(-trice)s 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, agente administrative
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 ou en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

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

Dépôt légal – 3^e trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-98396-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

REMERCIEMENTS

Docteur Michel Alary a participé à la conception, à l'implantation et au développement du programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec. Il a aussi développé le cadre d'analyse qui a servi à la préparation des rapports annuels du programme. Nous l'en remercions sincèrement.

Nous tenons à remercier nos collègues de l'Institut national de santé publique du Québec œuvrant au sein de l'unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang (Direction des risques biologiques) et du Laboratoire de santé publique du Québec ainsi que les professionnels œuvrant au sein de la COCQ-SIDA (Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida) et des organismes membres de la COCQ-SIDA pour leurs commentaires avisés.

La surveillance épidémiologique des cas d'infection par le VIH, qui a débuté en avril 2002, ne serait pas 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.

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Surveillance et vigie* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques visant la caractérisation de la santé de la population et de ses déterminants, ainsi que l'analyse des menaces et des risques à la santé et au bien-être.

Le présent rapport annuel porte sur les cas confirmés et enregistrés au 31 décembre 2022 et vise à 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.

Ce rapport a été réalisé grâce à un financement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il s'adresse aux professionnels de la santé, aux intervenants des organismes communautaires et aux chercheurs du domaine de la prévention et de la lutte contre le VIH.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	IV
LISTE DES FIGURES	V
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	VI
FAITS SAILLANTS	1
SOMMAIRE	3
1 CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE	6
1.1 Modalité de collecte des données.....	6
1.2 Procédure d'élimination des doublons et confidentialité.....	8
1.3 Notes méthodologiques.....	9
1.4 Définition d'un nouveau et d'un ancien diagnostic	10
2 RÉSULTATS	12
2.1 Nombre et proportion de tests confirmés positifs.....	12
2.2 Caractéristiques des cas.....	13
2.2.1 Ensemble des cas rapportés en 2022.....	13
2.2.2 Les nouveaux diagnostics en 2022	18
2.2.3 Les anciens diagnostics	31
3 LIMITES ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES	35
3.1 Limites des données.....	35
3.2 Interprétation des résultats	35
3.3 En conclusion	37
BIBLIOGRAPHIE	38

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Répartition des cas (nouveaux et anciens diagnostics) par catégorie d'exposition, origine ethnoculturelle et selon le genre, 2022	17
Tableau 2	Taux annuels de nouveaux diagnostics pour 100 000 personnes, selon la région, 2013-2022	20
Tableau 3	Délai entre la date d'arrivée au Canada et la date de détection de l'infection et/ou de numération des CD4 et/ou de la charge virale des cas de nouveaux diagnostics nés ailleurs qu'au Canada, 2022.....	22
Tableau 4	Répartition des cas de nouveaux diagnostics selon le taux de lymphocytes CD4 et selon qu'ils sont nés au Canada ou ailleurs qu'au Canada, 2022.....	23
Tableau 5	Nombre de nouveaux diagnostics selon la catégorie d'exposition, l'origine ethnoculturelle et le genre, 2022.....	29
Tableau 6	Antécédents de dépistage selon que les cas de nouveaux diagnostics sont nés au Canada ou ailleurs qu'au Canada, 2022.	30
Tableau 7	Nombre de cas d'anciens diagnostics selon qu'ils sont nés au Canada ou ailleurs qu'au Canada et selon que le premier test positif a été fait au Québec ou ailleurs, 2022	31
Tableau 8	Délai entre la date d'arrivée au Canada et celle du test de détection du VIH fait au Québec ou de numération des CD4 ou de charge virale des cas d'anciens diagnostics ayant reçu ce diagnostic avant de venir au Canada, 2022.	32
Tableau 9	Charge virale des cas d'anciens diagnostics, par catégorie d'exposition et selon qu'ils sont nés au Canada ou ailleurs qu'au Canada, 2022.....	33
Tableau 10	Répartition des anciens diagnostics par catégorie d'exposition, origine ethnoculturelle et selon le genre, 2022.....	34

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Nombre de tests de détection du VIH et proportion confirmée positive, par année du prélèvement, 2018-2022.....	13
Figure 2	Nombre de nouveaux et d'anciens diagnostics par année du prélèvement, 2013-2022	14
Figure 3	Nombre de cas (nouveaux et anciens diagnostics) selon le genre et l'année du prélèvement, 2013-2022	14
Figure 4	Nombre de cas (nouveaux et anciens diagnostics) par origine ethnoculturelle et année du prélèvement, 2013-2022.....	16
Figure 5	Nombre de cas (anciens et nouveaux diagnostics) par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2013-2022.....	16
Figure 6	Nombre et taux annuel de nouveaux diagnostics selon le genre, 2013-2022.....	19
Figure 7	Taux de nouveaux diagnostics par groupe d'âge et année du prélèvement, 2013-2022	19
Figure 8	Taux de nouveaux diagnostics parmi les personnes de genre masculin et celles de genre féminin, par groupe d'âge, 2022.....	20
Figure 9	Nombre annuel de cas de nouveaux diagnostics nés au Canada et de cas nés ailleurs qu'au Canada, 2013-2022.....	21
Figure 10	Proportions des cas de nouveaux diagnostics ayant un taux de CD4 < 350 par mm ³ parmi les personnes OPE et les HARSAH, 2013-2022.....	23
Figure 11	Nombre de cas de nouveaux diagnostics nés ailleurs qu'au Canada, par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2013-2022.....	26
Figure 12	Nombre de cas de nouveaux diagnostics nés au Canada, par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2013-2022.....	26
Figure 13	Antécédents de dépistage rapportés pour les cas de nouveaux diagnostics, selon l'année du prélèvement, 2003-2022.....	27
Figure 14	Proportions des cas de nouveaux diagnostics sans test antérieur de dépistage parmi les personnes OPE et parmi les HARSAH, 2013-2022	28

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AD	Ancien diagnostic
ARI	Aucun risque identifié
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
Hétéro	Personne hétérosexuelle
ICS	Infirmière conseillère scientifique
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
Max	Maximum
Med	Médiane
Min	Minimum
Moy	Moyenne
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
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
SRC	Sans risque connu
Trans	Personne trans
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

FAITS SAILLANTS

Un total de 917 cas d'infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a été enregistré au programme québécois de surveillance du VIH au cours de l'année 2022. Ces cas concernent :

- 422 personnes chez qui l'infection a été détectée pour la première fois en 2022 (il s'agit des nouveaux diagnostics).
- 489 personnes dont le diagnostic de l'infection ayant été posé avant 2022 n'avait pas été rapporté au programme ou ne pouvait pas l'être au moment du résultat positif du test antérieur de détection du VIH (il s'agit des anciens diagnostics); 69,5 % (n = 340) d'entre elles étaient des résidents permanents ou temporaires ayant reçu le diagnostic d'infection dans leurs pays d'origine avant de venir au Québec. La charge virale de 84,6 % de ces derniers cas était inférieure à 200 copies du virus par ml (ce qui correspond à une situation clinique de suppression virale) lors de leur déclaration au programme.
- 6 personnes qui n'ont pu être classées parmi les nouveaux ou les anciens diagnostics.

Le nombre global de nouveaux diagnostics a augmenté de 71,5 % entre 2021 et 2022.

- La hausse la plus marquée des nouveaux diagnostics (de 44 à 193 cas entre 2021 et 2022) a été observée parmi les personnes originaires de pays où le VIH est endémique (OPE); cette catégorie d'exposition représentait 45,7 % de l'ensemble des nouveaux diagnostics en 2022, contre 17,9 % en 2021; la majorité (87,6 %, n = 169) des cas attribués à cette catégorie d'exposition en 2022 ont été diagnostiqués chez des résidents permanents et des résidents temporaires qui sont arrivés au Canada en 2022.
- En ce qui concerne la catégorie d'exposition des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), le nombre de nouveaux diagnostics a cru de 47 à 84 cas parmi les HARSAH nés ailleurs qu'au Canada et a baissé de 92 à 76 cas parmi les HARSAH nés au Canada; les HARSAH représentaient 38,2 % (n = 161) de l'ensemble des nouveaux diagnostics en 2022, contre 56,2 % en 2021; la moitié (52,0 %) des nouveaux diagnostics chez les hommes relevaient de cette catégorie d'exposition (53,6 % si on ajoute les HARSAH qui s'injectent des drogues).
- La hausse de nouveaux diagnostics a été de 44 à 49 cas entre 2021 et 2022 parmi les personnes ayant des partenaires hétérosexuels ou hétérosexuelles à risque et les personnes hétérosexuelles qui n'ont pas de facteur de risque identifié, et de 8 à 9 cas chez les personnes qui s'injectent des drogues.

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

- 48,8 % des cas nouvellement diagnostiqués en 2022 avaient des taux de CD4 < 350 par mm³.
- La proportion des cas ayant été diagnostiqués à un stade tardif de l'infection a augmenté de 28,2 % en 2019 à 45,8 % en 2022 chez les HARSAH nés au Canada et de 42,0 % à 51,4 % chez les HARSAH nés ailleurs qu'au Canada.

Les variations du nombre de cas entre 2019 et 2022 doivent être interprétées avec prudence, en tenant compte du contexte de la pandémie et de l'accroissement migratoire observé au Québec en 2022.

- Le nombre de tests de dépistage du VIH, qui avait diminué entre 2019 et 2020, a augmenté entre 2021 et 2022 (+15,2 %).
- La hausse des cas entre 2021 et 2022 apparaît liée au rattrapage du dépistage du VIH et à l'influx migratoire observé au Québec durant cette période, plutôt qu'à une hausse de la transmission locale.

SOMMAIRE

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 principalement les caractéristiques des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui ont été nouvellement diagnostiquées en 2022, ainsi que les variations du nombre de cas enregistrés pour la période 2020-2022, marquée par la pandémie de COVID-19.

Résultats

- **Fréquence des cas** : Au total, **917** cas d'infections par le VIH ont été enregistrés pour l'année 2022; ce nombre comprend :
 - 422 personnes nouvellement diagnostiquées en 2022 (les nouveaux diagnostics). Le nombre de ceux-ci a augmenté de 246 cas en 2021 à 422 en 2022 (+71,5 %);
 - 489 personnes qui avaient eu un diagnostic de l'infection avant 2022, mais qui n'avaient pas été rapportées au programme ou ne pouvaient l'être au moment des tests antérieurs positifs (les anciens diagnostics); 69,5 % (n = 340) d'entre elles étaient des résidentes permanentes ou temporaires ayant reçu le diagnostic d'infection dans leurs pays d'origine avant de venir au Québec;
 - 6 cas qui n'ont pu être classés dans l'une ou l'autre de ces catégories.
- **Genre** : la majorité (70,5 %; n = 646) des cas (nouveaux et anciens diagnostics) ont été enregistrés chez des personnes de genre masculin, alors que 266 cas l'ont été chez des personnes de genre féminin et 5 autres chez des personnes trans.
- **Âge au moment du diagnostic** : l'âge médian des nouveaux diagnostics était de 37 ans chez les personnes de genre masculin et de 35 ans chez celles de genre féminin.
- **Distribution géographique** : les 917 cas (nouveaux et anciens diagnostics) ont été rapportés dans quinze des dix-huit régions du Québec, principalement dans les régions de Montréal (71,2 %), de la Montérégie (6,8 %) et de la Capitale-Nationale (5,8 %). Le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James n'ont enregistré aucun cas en 2022. Les autres régions comptaient pour moins de 4 % des cas chacune.
- **Catégories d'exposition** : Parmi les 422 nouveaux diagnostics rapportés pour l'année 2022 :
 - 45,7 % (n = 193) des cas se retrouvent chez des personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Ce groupe de population représente 77,2 % des nouveaux diagnostics chez les personnes de genre féminin et 34,3 % chez les personnes de genre masculin.
 - 38,2 % (n = 161) des cas ont été enregistrés chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) (39,3 % si on ajoute les HARSAH qui s'injectent des drogues, n = 5). Ce groupe de population représente un peu plus de la moitié (52,0 %)

des nouveaux diagnostics chez les personnes de genre masculin (53,6 % si on inclut les cinq HARSAH qui consomment des drogues par injection).

- 11,6 % (n = 49) des nouveaux diagnostics ont été rapportés chez des personnes qui ont des partenaires hétérosexuels à risque ou des personnes hétérosexuelles qui n'ont pas de facteur de risque identifié. Ce groupe de population représente 16,7 % des cas de genre féminin et 9,8 % des cas de genre masculin.
- 2,1 % (n = 9) des nouveaux diagnostics concernent des personnes qui consomment des drogues par injection (3,1 % si on ajoute les cinq HARSAH qui s'injectent des drogues).
- Un nouveau diagnostic d'infection périnatale a été enregistré en 2022 chez un enfant d'un an qui est né au Canada de parents originaires du Canada.
- De plus, trois nouveaux diagnostics reliés à une transmission verticale de l'infection ont été enregistrés chez de jeunes immigrants âgés entre 3 et 17 ans au moment du test de détection du VIH confirmé positif au Québec. Les données du programme ne permettent pas de préciser le contexte de ces transmissions périnatales.

Dépistage de l'infection par le VIH

- Le nombre de tests de dépistage, qui avait diminué entre 2019 et 2020, a augmenté entre 2021 et 2022 (+15,2 %).
- Un peu plus des trois quarts (78,0 %) des personnes nouvellement diagnostiquées en 2022 n'avaient jamais eu de test de dépistage du VIH auparavant;
- La proportion des cas n'ayant jamais eu un test de dépistage auparavant est en croissance; elle a augmenté entre 2013 et 2022 chez les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique (OPE) (75,9 % à 89,1 %), les HARSAH nés au Canada (33,9 % à 50,0 %) et les HARSAH nés ailleurs qu'au Canada (25,9 % à 71,4 %).

Stade de l'infection au moment du diagnostic : Les résultats d'un test de numération des lymphocytes CD4 étaient disponibles pour 342 (81 %) des nouveaux diagnostics en 2022.

- Près de la moitié (48,8 %; n = 167) des cas avaient des taux de cellules CD4 de moins de 350 par mm³, ce qui correspond à un stade tardif de l'infection.
- La proportion des personnes ayant été diagnostiquées à un stade tardif de l'infection est passée de 46,9 % en 2019 à 47,9 % en 2022 chez les personnes OPE, de 42,0 % à 51,4 % chez les HARSAH nés ailleurs qu'au Canada et de 28,2 % à 45,8 % chez les HARSAH nés au Canada.

Limite des données

- 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. Elles ne permettent donc pas de déterminer la prévalence ni l'incidence du VIH au Québec.
- Les nouveaux diagnostics incluent non seulement des infections récentes (cas incidents), mais aussi des infections anciennes tardivement diagnostiquées.
- En ce qui concerne les cas de nouveaux diagnostics chez des personnes nées ailleurs qu'au Canada, les données disponibles ne permettent pas de distinguer les infections acquises au Québec des infections acquises dans le pays d'origine avant l'arrivée au Québec.

Interprétation des résultats

- Le nombre de nouveaux diagnostics fluctue d'une année à l'autre depuis le début du programme avec une légère tendance à la baisse qui a été observée jusqu'en 2020.
- Les variations du nombre de cas entre 2020 et 2022 doivent être interprétées avec prudence, en tenant compte du contexte de la pandémie de COVID-19 et de l'accroissement migratoire observé à l'échelle du Québec en 2022. L'offre du dépistage du VIH qui avait diminué entre 2019 et 2020 a augmenté entre 2021 et 2022. La hausse des cas entre 2021 et 2022, particulièrement celle des cas OPE, apparaît liée au rattrapage du dépistage du VIH et à l'influx migratoire observé au Québec durant la même période.

Conclusion

- L'épidémie du VIH reste concentrée dans les centres urbains et auprès des groupes de populations à risque, principalement chez les HARSAH et les personnes originaires de pays où le VIH est endémique.
- Le nombre de nouveaux diagnostics parmi les HARSAH nés au Canada est cependant en baisse constante.
- Les personnes OPE demeurent le groupe de population le plus touché chez les femmes.
- 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.
- Une proportion relativement élevée de PVVIH sont diagnostiquées tardivement et ne bénéficient donc pas d'un traitement débuté en temps opportun.
- La hausse des nouveaux diagnostics apparaît liée à un afflux migratoire en provenance de pays où le VIH est endémique.
- Le nombre de nouveaux diagnostics reste élevé pour une infection qu'il est possible de prévenir de manière ciblée et efficace, considérant de plus les impacts sur la vie des PVVIH.

1 CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

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

Ce rapport décrit principalement les caractéristiques des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui ont été nouvellement diagnostiquées en 2022, ainsi que les variations du nombre de cas rapportés pour la période 2020-2022, 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 le cadre d'une stratégie intégrant le dépistage des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (1-2).

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 l'une ou l'autre d'une équipe de deux infirmières conseillères scientifiques (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 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. 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 2017, le pays où ce premier dépistage positif a été réalisé,
- Le motif de prescription (indication) du test de dépistage du VIH,
- Le statut clinique au moment du test positif rapporté pour l'enregistrement du cas au programme,
- Les éventuels 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. La collecte des données de ces deux variables a débuté en 2013. La charge virale renseigne sur l'activité du VIH dans l'organisme de la personne infectée. Le taux des lymphocytes 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 huit 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. Les cas pour lesquels le risque n'est pas connu se retrouvent dans la catégorie « Aucun risque identifié ».

Les catégories principales d'expositions sont les suivantes :

1. Les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).
2. Les personnes utilisatrices de drogues par injection (PUDI).
3. Les individus à la fois HARSAH et PUDI.
4. Les personnes originaires d'un pays où le virus est endémique (OPE). Un pays où le VIH est endémique est un pays ayant une prévalence du virus $\geq 1,0\%$ chez les adultes de 15 à 49 ans et au moins une des trois caractéristiques suivantes :
 - Une proportion des cas d'infections par transmission hétérosexuelle du VIH $\geq 50\%$;
 - Un rapport hommes-femmes des cas d'infections par le VIH $\leq 2:1$;
 - Une prévalence du VIH $\geq 2\%$ 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 des 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 qui n'ont pas de facteur de risque identifié (Hétéro-SRI).
7. Les receveurs de produits sanguins et/ou de facteurs de coagulation.
8. 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 d'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 aux personnes UDI et non à celles originaires de pays où le VIH est endémique ni à l'une ou l'autre des deux autres catégories d'exposition des personnes hétérosexuelles (partenaire hétérosexuel à risque ou contacts hétérosexuels sans facteur de risque identifié).

À ces catégories d'exposition hiérarchisées s'ajoute la transmission verticale (d'une personne enceinte à son enfant pendant la grossesse ou l'allaitement).

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 sans NAM sont enregistrés si les données épidémiologiques précisées au point 1.1 sont disponibles.

La présence du NAM permet une élimination complète des doublons. Deux personnes ne peuvent pas avoir un même NAM au Québec. 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.

Pour les cas rapportés sans NAM au moment du diagnostic, une vérification des nom/prénom/date de naissance est effectuée par le système du LSPQ. Cette méthode n'élimine pas totalement les doublons si deux personnes partagent 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 Notes méthodologiques

Une analyse a été réalisée pour décrire les caractéristiques sociodémographiques des cas et la tendance du nombre annuel de cas depuis 2003, qui est la première année complète du programme.

Charge virale. Le risque de transmission sexuelle du VIH serait minime lorsque la charge virale est indétectable (3-13). 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 ml de sang. Dans ce contexte, le risque de transmission est négligeable » (14). Une revue systématique des données d'études sur des couples discordants n'a trouvé aucune preuve de transmission du VIH entre couple lorsque le ou la partenaire vivant avec le VIH avait une charge virale inférieure à 200 copies par ml (13).

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 2022 des estimations de population (1996-2022 : série produite en février 2022 et série produite en juillet 2022).

Antécédents de dépistage du VIH. Un dépistage du VIH est actuellement recommandé au moins une fois par année aux groupes de populations à risque, notamment les HARSAH, les PUDI et les personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Pour les personnes rapportant continuellement une exposition au VIH, le dépistage 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 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,
- 3) « Jamais testé auparavant » si aucun test antérieur au spécimen positif n'est rapporté.

Lieu où a été fait le premier test positif. Cette variable 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.

Stade de l'infection au moment du diagnostic. Le statut clinique et le taux des lymphocytes 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 tardif, en présence d'un taux de CD4 \leq à 350 par mm³,
- b) Au stade avancé, en présence d'un taux de CD4 inférieur à 200 par mm³ et/ou des maladies indicatrices du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) (15).

Délai entre la date d'arrivée au Canada et celle du test de détection du VIH confirmé positif au Québec ou de numération des lymphocytes CD4 ou de la charge virale. Pour les personnes ayant eu un diagnostic de l'infection avant leur arrivée au Canada, les données des trois dates ont été combinées pour obtenir un indicateur du délai entre la date d'arrivée au Canada et la visite à un service de santé pour l'un ou l'autre des trois tests (test de détection du VIH confirmé positif au Québec, de numération des lymphocytes CD4 ou de la charge virale).

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

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

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 d'une personne qui rapporte 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 de Héma-Québec, les tests faits avant le programme de surveillance ou en dehors du Québec, les cas confirmés sans NAM avant avril 2012, les cas pour lesquels les données épidémiologiques ne sont pas disponibles, etc.

L'analyse des données attribue le statut de nouveau diagnostic (ND) 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 (AD) 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 ayant 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 (DNC) comme étant ancien ou nouveau.

2 RÉSULTATS

2.1 Nombre et proportion de tests confirmés positifs

Le nombre de tests de détection du VIH effectués dans les laboratoires hospitaliers du réseau public (n = 42 laboratoires) a été fourni par la Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, ministère de la Santé et des Services sociaux, données tirées de Centralab en mars 2024. Les résultats sous-estiment le nombre de tests effectués au Québec, car les analyses effectuées dans des laboratoires privés ne sont pas incluses.

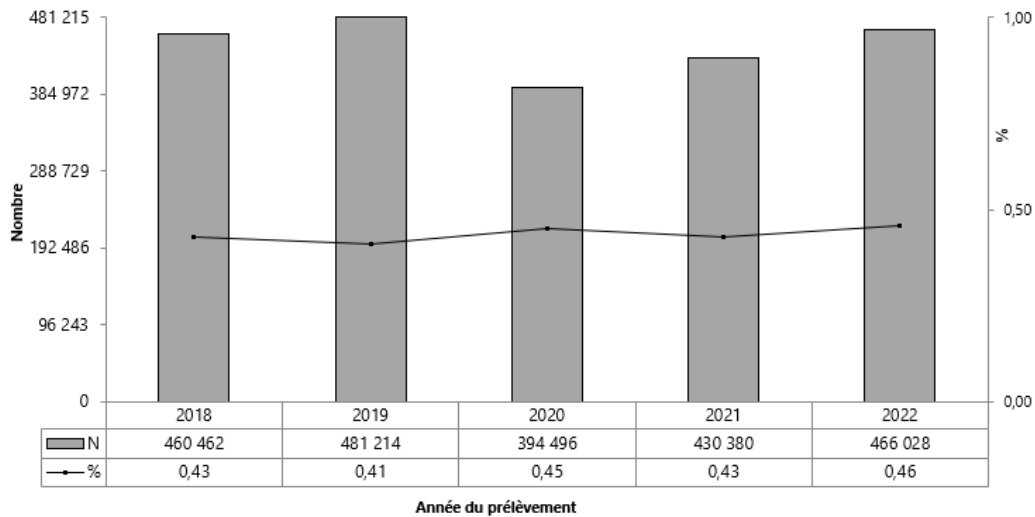
Le nombre de tests réalisés dans le réseau a augmenté entre 2020 et 2022, mais il est encore inférieur au nombre correspondant enregistré en 2019 avant la pandémie de COVID-9 (figure 1).

À noter que les estimations du nombre de tests fournies pour les précédents rapports annuels provenaient de 28 laboratoires sentinelles (publics et privés) représentant les laboratoires ayant le plus haut volume d'analyse; elles pourraient donc être différentes de celles présentées à la figure 1 pour les années antérieures à 2022, qui proviennent des 42 laboratoires hospitaliers.

Le LSPQ a confirmé la positivité au VIH de 2 136 sérums provenant de laboratoires hospitaliers du réseau public et de laboratoires privés. La proportion de tests confirmés positifs était de 0,46 % en 2022, un taux de positivité comparable aux taux observés au cours des quatre années précédentes (figure 1).

Les proportions des tests positifs sont surestimées; elles ont été calculées en utilisant comme numérateur le nombre de tests confirmés positif au Québec et comme dénominateur un nombre de tests excluant ceux effectués par les laboratoires privés.

Figure 1 Nombre de tests de détection du VIH et proportion confirmée positive, par année du prélèvement, 2018-2022



2.2 Caractéristiques des cas

Dans ce rapport, la dénomination « trans » s'applique à toutes les personnes trans, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes trans.

2.2.1 Ensemble des cas rapportés en 2022

Le nombre de cas a augmenté de 77,7 % entre 2021 et 2022 (figure 2); la hausse est de 40,0 % par rapport à l'année 2019 (avant la pandémie de COVID-19).

Au total, 917 cas d'infections par le VIH ont été enregistrés pour l'année 2022, soit :

- 422 personnes nouvellement diagnostiquées en 2022 (les nouveaux diagnostics);
- 489 personnes qui avaient déjà eu un diagnostic de l'infection rapportée en 2022 et qui n'avaient pas été enregistrées ou ne pouvaient l'être au moment du test antérieur positif (les anciens diagnostics);
- Six cas qui n'ont pu être classés dans l'une ou l'autre de ces catégories.

Région de résidence

Ces 917 cas ont été enregistrés dans quinze des dix-huit régions du Québec, principalement dans les régions de Montréal (71,2 %), de la Montérégie (6,8 %) et de la Capitale-Nationale (5,8 %). Les régions du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James n'ont enregistré aucun cas en 2022. Les autres régions comptaient pour moins de 4 % des cas chacune.

Genre

Les cas concernaient majoritairement (70,5 %, n = 646) des personnes de genre masculin; 266 cas ont été enregistrés chez des personnes de genre féminin et 5 chez des personnes trans. Le nombre de cas a augmenté de 62,3 % chez les personnes de genre masculin et de 57,5 % chez les personnes de genre féminin entre 2021 et 2022 (figure 3). Le rapport hommes-femmes est de 2,4 pour 1 (2,7 pour 1 parmi les nouveaux diagnostics et 2,2 pour 1 parmi les anciens diagnostics).

Figure 2 Nombre de nouveaux et d'anciens diagnostics par année du prélèvement, 2013-2022

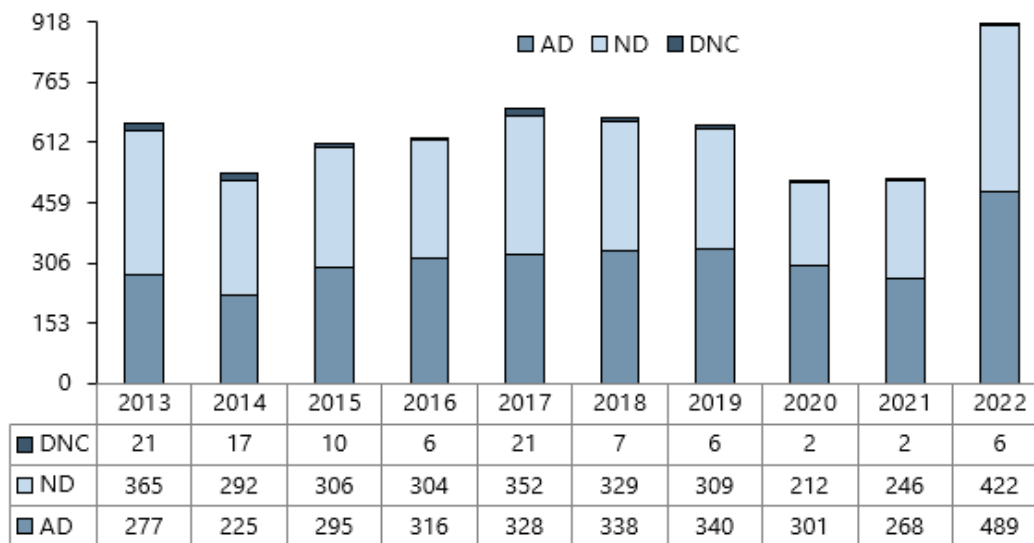
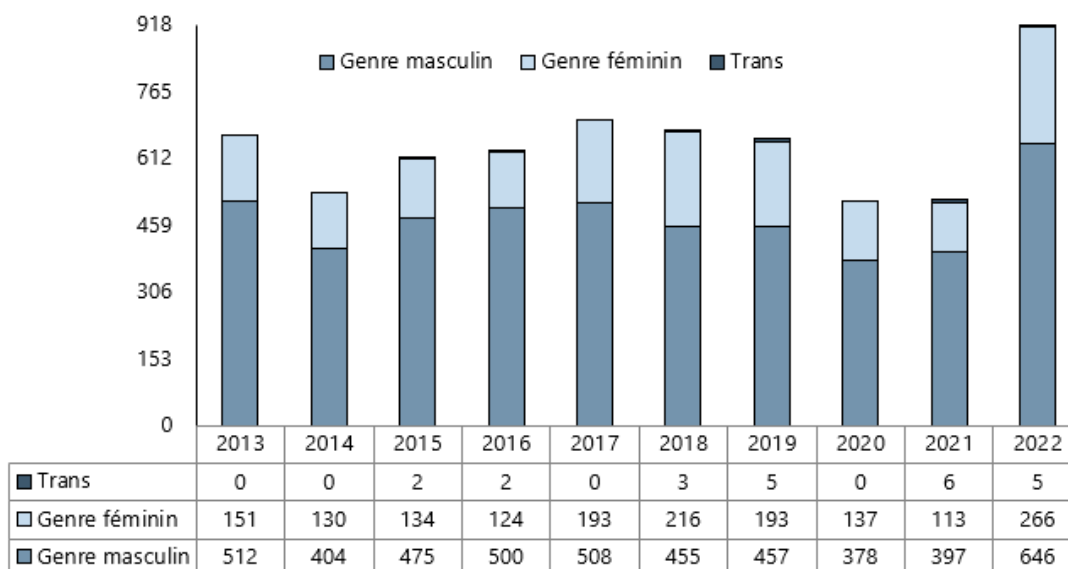


Figure 3 Nombre de cas (nouveaux et anciens diagnostics) selon le genre et l'année du prélèvement, 2013-2022



Origines ethnoculturelles

Les données de cette variable étaient disponibles pour 913 cas.

- Les personnes d'origines ethnoculturelles canadiennes représentent 23,5 % (n = 215) des cas;
- Les personnes d'origines autres que canadiennes (n = 698) se répartissent ainsi :
25,5 % (n = 230) sont originaires d'Afrique subsaharienne, 20,3 % (n = 185) des Caraïbes, 20,3 % (n = 185) du Mexique et d'Amérique centrale et du Sud, 4,3 % (n = 39) d'Europe, 3,4 % (n = 31) d'Asie, 2,4 % (n = 22) d'Afrique du Nord ou du Moyen-Orient, et 0,7 % (n = 6) des États-Unis d'Amérique.
 - Elles sont pratiquement toutes (97,8 %, n = 685) nées ailleurs qu'au Canada (13 sont nées au Canada).
 - Plusieurs d'entre elles pourraient être des résidentes permanentes ou temporaires qui vivaient déjà avec le VIH avant de venir 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 temporaire est une personne titulaire d'un permis d'étude, de travail ou demandeur d'asile désirant obtenir le statut de réfugié, qui a un lieu de résidence habituel au Canada.
- Les personnes originaires de pays de l'Afrique subsaharienne sont majoritairement (59,6 %) de genre féminin (tableau 1).
- Le nombre de cas varie à la baisse chez les personnes d'origines ethnoculturelles canadiennes (figure 4).
- La hausse des cas est observée principalement chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique (figure 5).

Figure 4 Nombre de cas (nouveaux et anciens diagnostics) par origine ethnoculturelle et année du prélèvement, 2013-2022

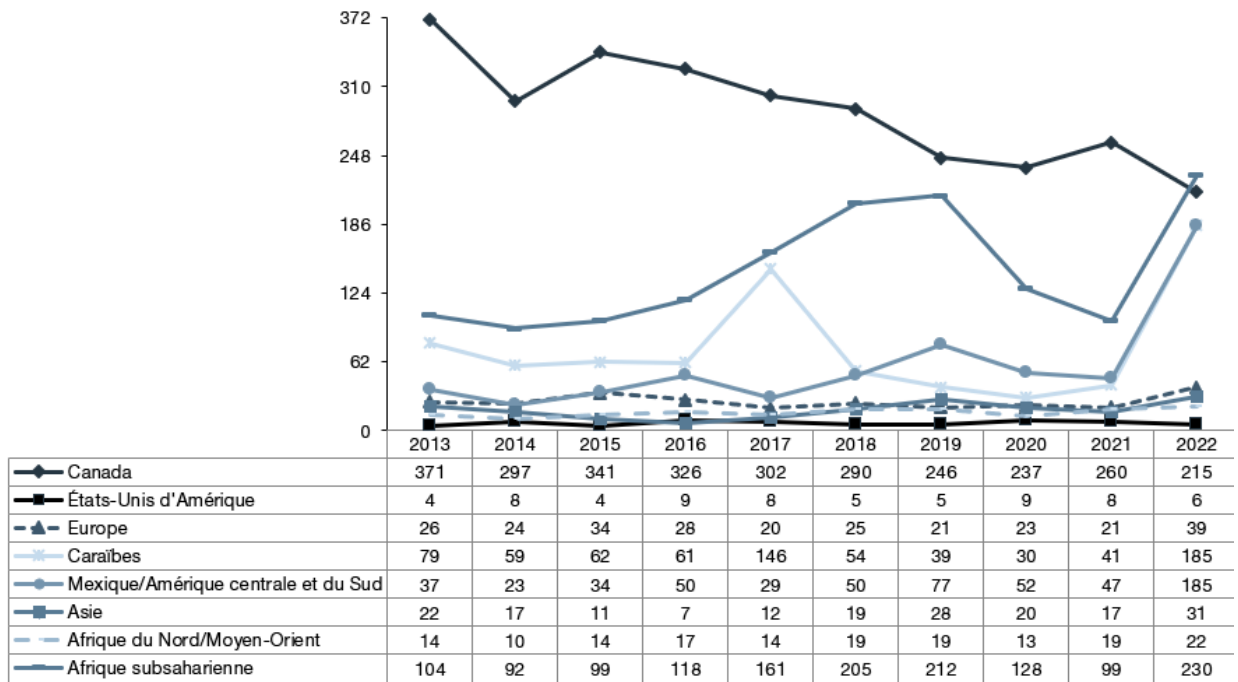


Figure 5 Nombre de cas (anciens et nouveaux diagnostics) par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2013-2022

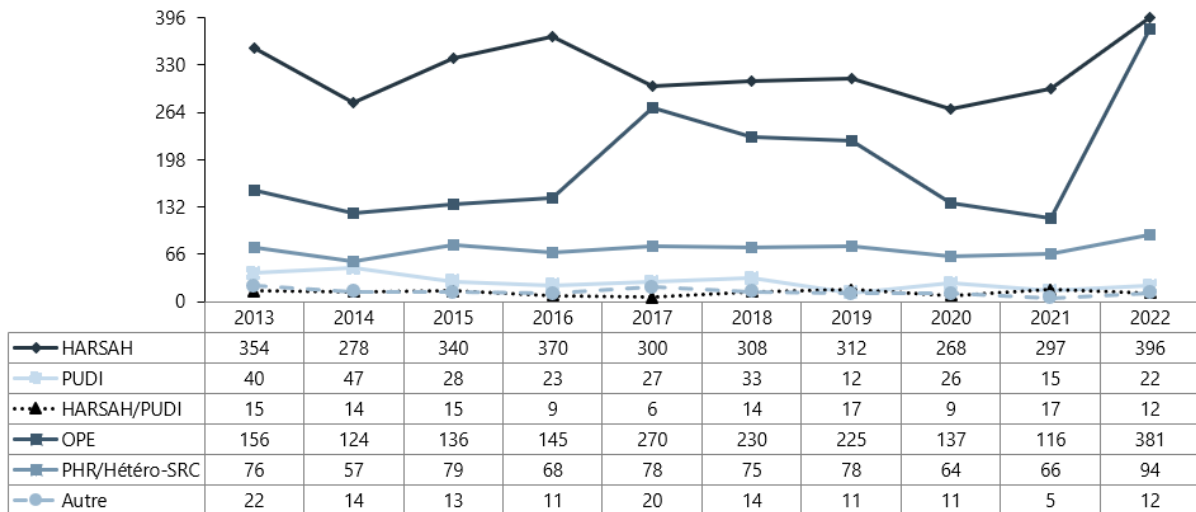


Tableau 1 Répartition des cas (nouveaux et anciens diagnostics) par catégorie d'exposition, origine ethnoculturelle et selon le genre, 2022

	Catégorie d'exposition									Genre			Total		
	HARSAH	HARSAH/PUDI	PUDI	Transmission hétérosexuelle		DS/FC	Transmission verticale	ARI	Masculin		Féminin		Trans	n	%
				OPE	PHR/Hétéro-SRI				n	%	n	%			
	n	n	n	n	n	n	n	n	%	n	%	n			
Origine ethnoculturelle															
Allochtone du Canada	158	7	18	1	29	0	1	0	192	29,9	20	7,5	2	214	23,4
Autochtone du Canada	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,2	0	0,0	0	1	0,1
États-Unis d'Amérique	4	0	1	0	1	0	0	0	5	0,8	1	0,4	0	6	0,7
Europe	22	0	1	0	15	1	0	0	27	4,2	12	4,5	0	39	4,3
Caraïbes	10	0	0	172	3	0	0	0	103	16,0	81	30,6	1	185	20,3
Mexique/Amérique centrale et du Sud	147	2	0	3	32	0	0	1	172	26,2	11	4,2	2	185	20,3
Asie	20	1	1	0	9	0	0	0	28	4,4	3	1,1	0	31	3,4
Afrique du Nord et Moyen-Orient	16	1	1	1	3	0	0	0	22	3,4	0	0,0	0	22	2,4
Afrique subsaharienne	16	0	0	204	1	0	9	0	93	14,5	137	51,7	0	230	25,2
Sous/total	394	11	22	381	93	1	10	1	643	100	265	100	5	913	100,0
Donnée non disponible	2	1	0	0	1	0	0	0	3	---	1	---	0	4	---
Genre															
Masculin	391	12	14	169	57	1	1	1	646	---	---	---	---	646	70,4
Féminin	---	---	8	212	37	0	9	0	---	---	266	---	---	266	29,0
Trans	5	0	0	0	0	0	0	0	---	---	---	---	5	5	0,5
Total	396	12	22	381	94	1	10	1	646	---	266	---	5	917	100,0

Note : HARSAH : Homme qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes; PUDI : Personne utilisatrice de drogues par injection; OPE : Origine d'un pays où le VIH est endémique; PHR : Partenaire hétérosexuel à risque; Hétéro SRI : Personne hétérosexuelle sans facteur de risque identifié; ARI : Aucun risque identifié.

2.2.2 Les nouveaux diagnostics en 2022

Le nombre annuel moyen de nouveaux diagnostics était de 320 entre 2015 et 2019. Une baisse importante du nombre de cas a été observée entre 2019 et 2020 pendant la pandémie de COVID-19. Une légère remontée a suivi entre 2020 et 2021 (figure 6, tableau 2).

Le nombre de nouveaux diagnostics a augmenté de 246 en 2021 à 422 en 2022 (+71,5 %); la hausse est de 36,6 % par rapport à l'année 2019 (avant la pandémie de COVID-19).

Le taux de nouveaux diagnostics parmi la population québécoise est passé de 2,9 en 2021 à 4,9 cas pour 100 000 habitants en 2022.

- Il a augmenté de 4,6 à 7,0 cas pour 100 000 chez les hommes et a plus que doublé en passant de 1,1 à 2,6 cas pour 100 000 chez les femmes (figure 6).
- Il a augmenté dans tous les groupes d'âge de 15 à 55 ans (figure 7).
- Le taux le plus élevé a été observé dans le groupe des 30-34 ans (figure 8).
- La région de Montréal affichait un taux de nouveaux diagnostics nettement supérieur à la moyenne provinciale, soit 15,2 pour 10 000 (tableau 2).

Région de résidence

Près des trois-quarts (73,5 %) des personnes nouvellement diagnostiquées en 2022 résidaient dans la région de Montréal (81,9 % des personnes OPE et 67,1 % des HARSAH); 7,6 % habitaient dans la région de la Montérégie, et 4,3 % dans la région de la Capitale-Nationale. Les régions du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne rapportent aucun cas en 2022. Les autres régions comptaient moins de 4 % des cas chacune (tableau 2).

Âge au moment du diagnostic

L'âge médian était de 37 ans pour le genre masculin et 35 ans pour le genre féminin.

- Chez les hommes, 77,4 % des nouveaux diagnostics avaient entre 25 et 49 ans, 13,1 % avaient 50 ans ou plus et 9,5 % des cas comptaient moins de 25 ans.
- Chez les femmes, 70,2 % des nouveaux diagnostics étaient dans le groupe d'âge de 25 à 49 ans, 22,8 % avaient 50 ans ou plus et 7,0 % des cas avaient moins de 25 ans.

Figure 6 Nombre et taux annuel de nouveaux diagnostics selon le genre, 2013-2022

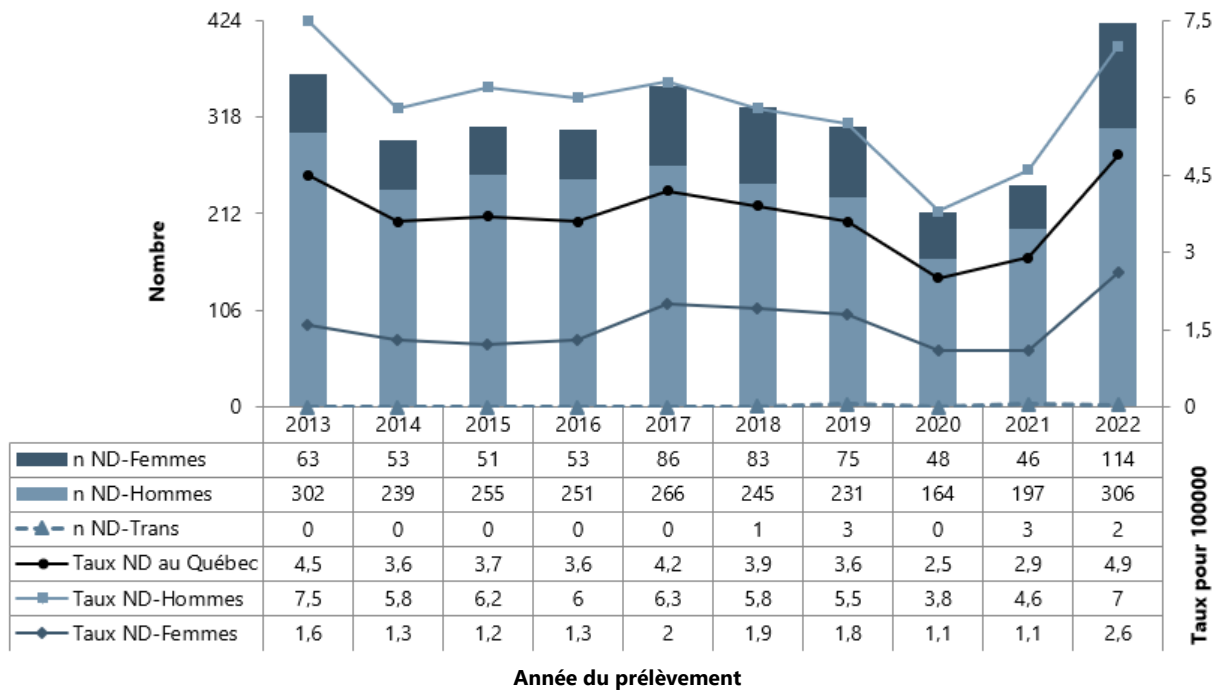


Figure 7 Taux de nouveaux diagnostics par groupe d'âge et année du prélèvement, 2013-2022

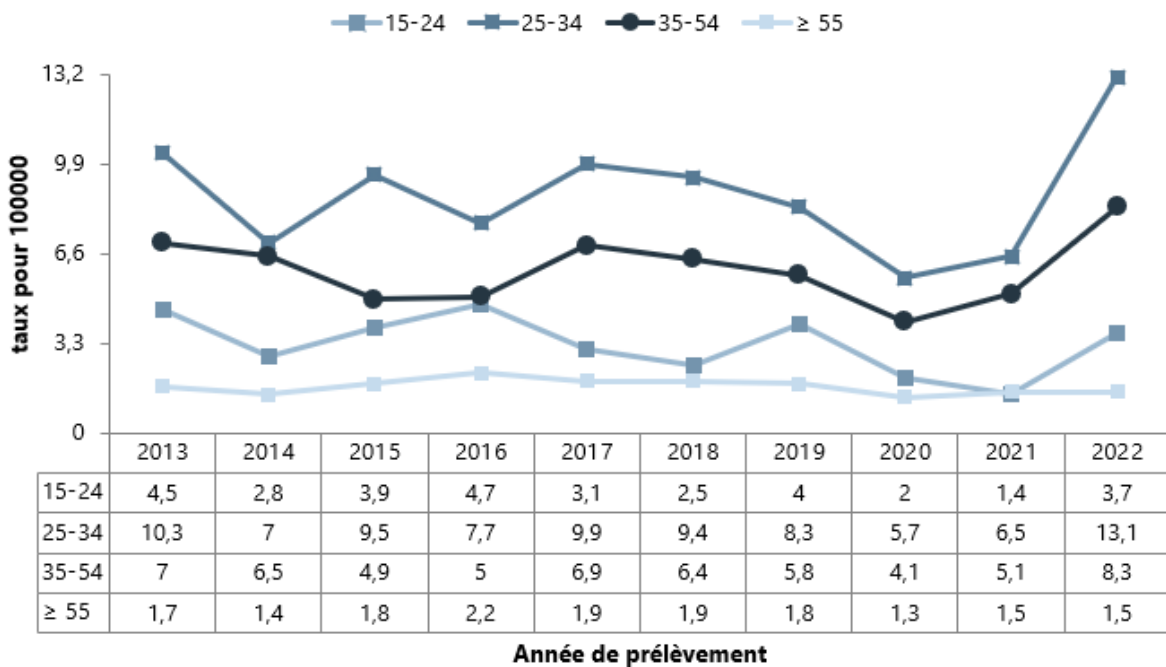


Figure 8 Taux de nouveaux diagnostics parmi les personnes de genre masculin et celles de genre féminin, par groupe d'âge, 2022

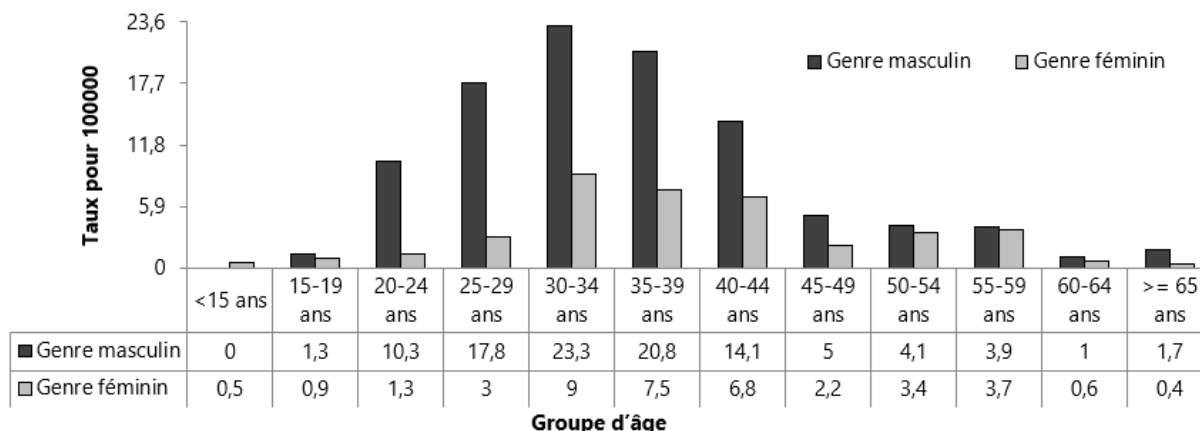


Tableau 2 Taux annuels de nouveaux diagnostics pour 100 000 personnes, selon la région, 2013-2022

Région	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	n	taux	n	taux	n	taux	n	taux	n	taux	n	taux	n	taux	n	taux	n	taux	n	taux
01	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	2	1,0
02	4	1,5	2	0,7	4	1,4	2	0,7	6	2,1	4	1,4	3	1,1	8	2,9	2	0,7	5	1,8
03	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	18	2,3
04	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	9	1,7
05	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	3	0,6
06	224	11,5	177	9,0	180	9,0	183	9,1	211	10,4	199	9,8	190	9,3	116	5,6	141	6,9	310	15,2
07	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	5	1,2
08	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	1	0,7
09	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	2	2,2
10	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	0	0,0
11	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	2	2,2
12	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	3	0,7
13	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	13	2,9
14	7	1,4	5	1,0	12	2,4	15	2,9	14	2,7	7	1,3	5	1,0	3	0,6	5	0,9	9	1,7
15	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	8	1,2
16	37	2,5	31	2,1	36	2,6	38	2,7	32	2,3	43	3,0	30	2,1	16	1,1	34	2,3	32	2,2
17	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	0	0,0
18	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	0	0,0
Total	365	4,5	292	3,6	306	3,7	304	3,6	352	4,2	329	3,9	309	3,6	212	2,5	246	2,9	422	4,9

Note : 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.

Pays de naissance des cas nouvellement diagnostiqués en 2022

Le pays de naissance a été documenté pour 418 nouveaux diagnostics (figure 9).

- Les personnes nées au Canada représentent 25,6 % (n = 107) des nouveaux diagnostics.
- Les personnes nées ailleurs qu'au Canada (n = 311) se répartissent ainsi : 30,4 % (n = 127) venaient des Caraïbes, 18,4 % (n = 77) d'Afrique subsaharienne, 16,7 % (n = 70) du Mexique et d'Amérique centrale et du Sud, 3,9 % (n = 15) d'Asie, 2,9 % (n = 12) d'Europe, 2,1 % (n = 9) d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient, et 0,2 % (n = 1) des États-Unis d'Amérique. Ainsi, 48,8 % provenaient de pays à forte endémicité du VIH.

La majorité (60,9 %) des nouveaux diagnostics ont été enregistrés chez des résidents permanents ou temporaires qui sont arrivés au Canada en 2022.

- Parmi 308 cas nés ailleurs qu'au Canada et pour lesquels la date d'arrivée est disponible, 257 personnes sont arrivées en 2022, 21 en 2021, 12 entre 2018 et 2020 et 18 avant 2018.
- Ces 308 personnes ont été diagnostiquées en moyenne 15 mois après la date d'entrée au Canada (12 mois pour les cas OPE et 25 mois pour les HARSAH); elles ont eu un test de numération des lymphocytes CD4 et/ou de la charge virale dans les trois mois suivant le diagnostic au Québec (2 mois pour les cas OPE et 3 mois pour les HARSAH) (tableau 3).

Figure 9 Nombre annuel de cas de nouveaux diagnostics nés au Canada et de cas nés ailleurs qu'au Canada, 2013-2022

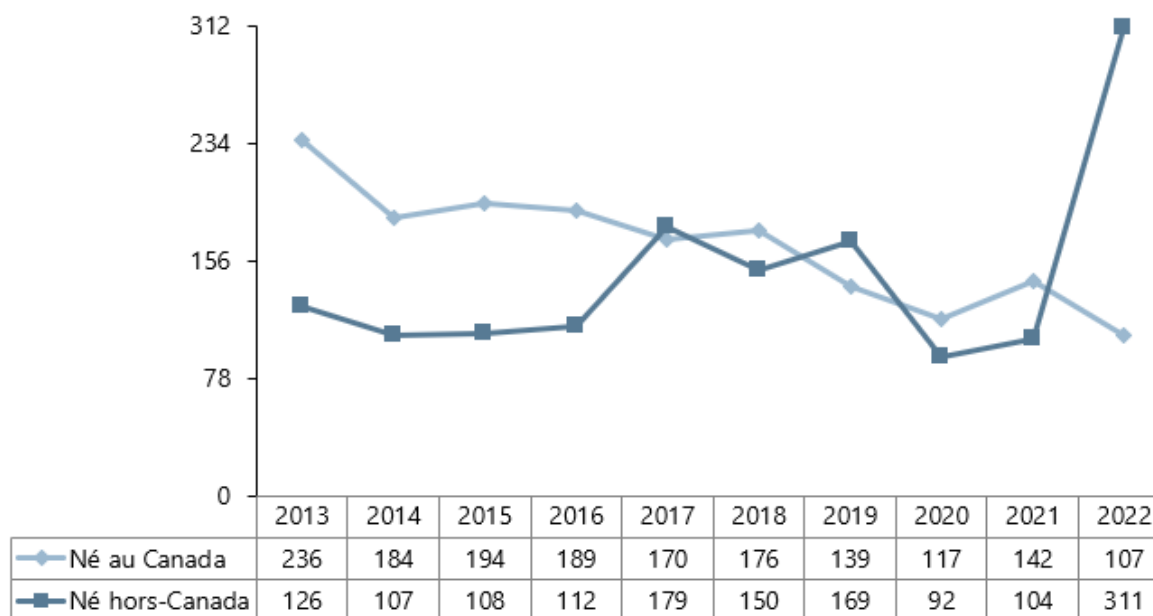


Tableau 3 Délai entre la date d'arrivée au Canada et la date de détection de l'infection et/ou de numération des CD4 et/ou de la charge virale des cas de nouveaux diagnostics nés ailleurs qu'au Canada, 2022.

	Délai en année entre la date d'arrivée et le test confirmé positif					Délai en année entre la date d'arrivée et le test CD4					Délai en année entre la date d'arrivée et la charge virale				
	n ^a	Moy	Méd	Min	Max	n ^a	Moy	Méd	Min	Max	n ^a	Moy	Méd	Min	Max
Genre															
Masculin	208	1,24	0,10	0,00	36,03	203	1,44	0,27	0,00	36,04	203	1,44	0,27	0,00	16,04
Féminin	100	1,18	0,10	0,01	46,11	99	1,37	0,26	0,02	46,11	99	1,38	0,26	0,02	46,11
Catégorie d'exposition															
HARSAH	82	2,02	0,17	0,01	18,08	79	2,24	0,30	0,00	18,34	79	2,23	0,30	0,00	18,18
PUDI	1	0,05	0,05	0,05	0,05	1	0,20	0,20	0,20	0,20	1	0,20	0,20	0,20	0,20
OPE	192	1,03	0,08	0,00	46,11	189	1,22	0,24	0,01	16,11	189	1,22	0,24	0,01	46,11
PHR	6	0,35	0,13	0,07	0,85	6	0,64	0,46	0,25	1,20	6	0,65	0,46	0,25	1,20
Hétéro SRI	24	0,19	0,08	0,02	1,20	24	0,42	0,38	0,06	2,08	24	0,42	0,38	0,06	2,08
Périnatale	3	2,13	2,88	0,16	3,34	3	2,23	2,89	0,42	3,38	3	2,26	2,89	0,50	3,33
Total	308	1,22	0,10	0,00	46,11	302	1,42	0,27	0,0	46,11	302	1,42	0,27	0,00	46,11

^a Nombre de cas pour lesquels la date d'arrivée au Canada était disponible.

Note : Moy : Moyenne; Med : Médiane; Min : Minimum; Max : Maximum; HARSAH : Homme qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes; PUDI : Personne utilisatrice de drogues par injection; OPE : Origine d'un pays où le VIH est endémique; PHR : Partenaire hétérosexuel à risque; Hétéro-SRI : Personne hétérosexuelle sans facteur de risque identifié.

Stade de l'infection au moment du diagnostic

Les résultats du plus récent test de numération des lymphocytes CD4 ont été obtenus pour 342 (81,0 %) des nouveaux diagnostics de 2022 :

- La moitié (51,2 %, n = 175) des cas avaient des taux ≥ 350 cellules CD4 par mm^3 .
- L'autre moitié (48,8 %) des cas ont été diagnostiqués à un stade tardif (moins de 350 cellules CD4 par mm^3), soit : 167 personnes parmi lesquelles on compte 85 cas qui ont été diagnostiqués à un stade avancé de l'infection (moins de 200 cellules CD4 par mm^3). Parmi ces cas, 17 personnes (20,5 %) présentaient des signes d'infections chroniques ou du sida; les autres étaient asymptomatiques ou avaient des symptômes non spécifiques du VIH.
- La proportion des cas ayant été diagnostiqués à un stade tardif est plus élevée parmi les personnes nées ailleurs qu'au Canada (50,4 %), que chez les personnes nées au Canada (46,0 %) (tableau 4, figure 10).

Figure 10 Proportions des cas de nouveaux diagnostics ayant un taux de CD4 < 350 par mm³ parmi les personnes OPE et les HARSAH, 2013-2022

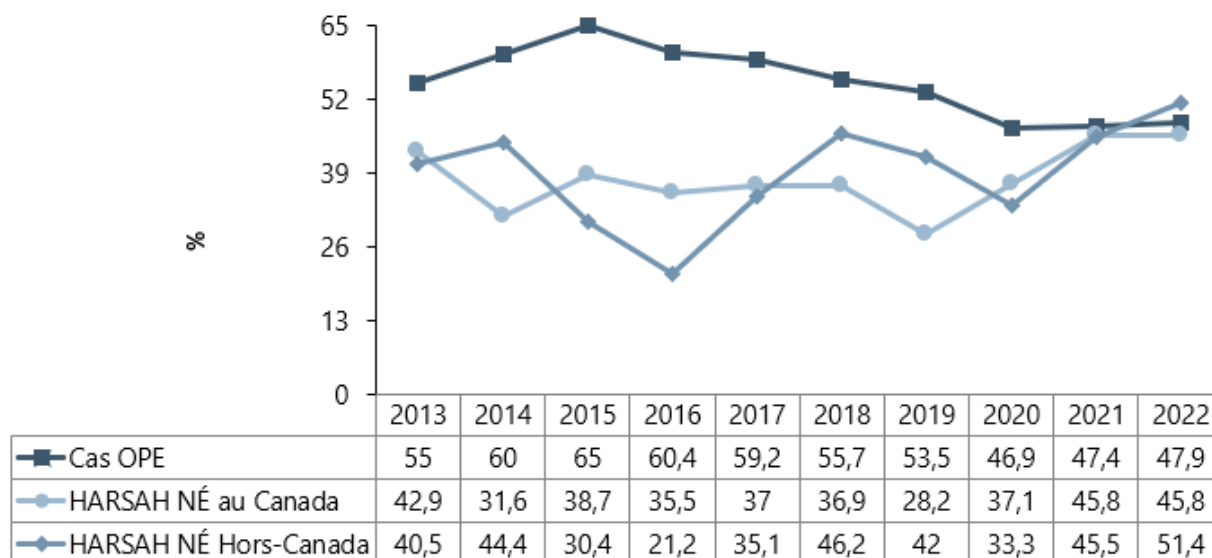


Tableau 4 Répartition des cas de nouveaux diagnostics selon le taux de lymphocytes CD4 et selon qu'ils sont nés au Canada ou ailleurs qu'au Canada, 2022.

	Né au Canada				Né dans un autre pays				Ensemble des nouveaux diagnostics			
	Cas	< 200	200-349	≥ 350	Cas	< 200	200-349	≥ 350	Cas	< 200	200-349	≥ 350
	n ^a	%	%	%	n ^a	%	%	%	n ^{a,b}	%	%	%
Catégorie d'exposition												
HARSAH	72	20,8	25,0	54,2	70	21,4	30,0	48,6	143	21,0	27,3	51,8
HARSAH/PUDI	3	33,3	0,0	66,7	0	---	---	---	4	25,0	0,0	75,0
PUDI	6	50,0	0,0	50,0	1	0,0	0,0	100	7	42,9	0,0	57,1
OPE	0	---	---	---	144	25,7	22,2	52,1	144	25,7	22,2	52,1
PHR/Hétéro-SRI	17	41,2	11,8	47,1	22	22,7	45,5	31,8	39	30,8	30,8	38,5
Autre	2	0,0	0,0	100	3	0,0	33,3	66,7	5	0,0	20,0	80,0
Genre												
Masculin	87	24,1	21,8	54,0	163	26,4	29,4	44,2	252	25,4	26,6	48,0
Féminin	11	45,5	9,1	45,5	77	18,2	20,8	61,1	88	21,6	19,3	59,1
Trans	2	0,0	0,0	100	0	---	---	---	2	0,0	0,0	100
Total	100	26,0	20,0	54,0	240	23,8	26,7	49,6	342	24,3	24,6	51,2

^a Nombre de cas pour lesquels les résultats du test de numération des lymphocytes CD4 étaient disponibles.

^b Nombre incluant 2 cas (un HARSAH et un HARSAH/PUDI) pour lesquels le pays de naissance n'a pas été documenté.

Note : HARSAH : Homme qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes; PUDI : Personne utilisatrice de drogues par injection; OPE : Origine d'un pays où le VIH est endémique; PHR : Partenaire hétérosexuel à risque; Hétéro-SRI : Personne hétérosexuelle sans facteur de risque identifié.

Catégories d'exposition

Les catégories d'exposition dans lesquelles se rangent les nouveaux diagnostics demeurent les mêmes qu'auparavant; ce sont :

- Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique (OPE)
 - La hausse des cas de nouveaux diagnostics la plus marquée est survenue parmi les personnes OPE (figure 11). Le nombre de nouveaux diagnostics a quadruplé, passant de 44 cas en 2021 à 193 en 2022.
 - Les personnes OPE représentaient 45,7 % de l'ensemble des nouveaux diagnostics en 2022 (77,2 % des cas de genre féminin et 34,3 % des cas de genre masculin) (tableau 5).
 - La majorité (87,6 %, n = 169) d'entre elles sont arrivées au Canada en 2022, 12 en 2021 et 12 autres en 2020 ou avant;
 - Parmi 144 nouveaux diagnostics de cas OPE pour lesquels le résultat du décompte lymphocytaire CD4 était disponible, 47,9 % (n = 69) affichaient un taux de moins de 350 cellules CD4 par mm³, ce qui correspond à un stade tardif de l'infection (tableau 4).
- Les HARSAH
 - Ils représentaient 38,2 % (n = 161) de l'ensemble des nouveaux diagnostics en 2022;
 - Chez les personnes de genre masculin, 52,0 % des nouveaux diagnostics relèvent de cette catégorie d'exposition (53,8 % si on ajoute les HARSAH/PUDI) (tableau 5);
 - Un peu plus de la moitié (56,3 %, n = 90) des HARSAH nouvellement diagnostiqués en 2022 déclaraient des origines ethnoculturelles autres que canadiennes (tableau 5).
 - Le nombre de nouveaux diagnostics a augmenté entre 2021 et 2022 chez les HARSAH nés ailleurs qu'au Canada (figures 11). La date d'arrivée au Canada était disponible pour 82 des 84 cas de nouveaux diagnostics enregistrés en 2022 chez des HARSAH nés ailleurs qu'au Canada. Parmi les 82 cas, 58 sont arrivés en 2022, 7 en 2021, 6 entre 2018 et 2020 et 11 avant 2018.
 - On observe par contre une baisse constante chez les HARSAH nés au Canada (figures 12).
 - Parmi 143 HARSAH nouvellement diagnostiqués, chez qui le résultat du décompte lymphocytaire CD4 était disponible, 48,2 % (n = 69) affichaient des taux de moins de 350 cellules CD4 par mm³ (tableau 4).
 - La proportion des cas ayant été diagnostiqués à un stade tardif est en croissance chez les HARSAH (figure 10). Entre 2020 et 2022, elle a augmenté de 37,1 % à 45,8 % chez les HARSAH nés au Canada et de 33,3 % à 51,4 % chez les HARSAH nés ailleurs qu'au Canada.

- Les personnes hétérosexuelles qui ont des partenaires hétérosexuels à risque ou qui n'ont pas de facteur de risque identifié
 - Elles représentaient 11,6 % (n = 49) des nouveaux diagnostics en 2022 (16,7 % des cas de genre féminin et 9,8 % des cas de genre masculin).
 - Entre 2019 (année pré-pandémique) et 2022, le nombre de nouveaux diagnostics dans cette catégorie d'exposition a augmenté chez les personnes nées ailleurs qu'au Canada et a diminué parmi les personnes nées au Canada (figures 11 et 12).
 - Parmi 39 personnes enregistrées dans cette catégorie d'exposition et pour lesquelles le résultat d'un décompte lymphocytaire CD4 était disponible, 24 (61,5 %) avaient moins de 350 lymphocytes CD4 par mm³.
- Les personnes qui s'injectent des drogues (PUDI) :
 - Elles forment 2,1 % des nouveaux diagnostics (3,3 % si on ajoute les HARSAH/PUDI).
 - Le nombre de nouveaux diagnostics reste faible et varie peu entre 2021 (n = 8) et 2022 (n = 9) chez les PUDI.
 - Parmi onze PUDI ou HARSAH/PUDI qui avaient des résultats du taux de CD4, quatre personnes affichaient un taux de moins de 350 lymphocytes CD4 par mm³.
- Un nouveau diagnostic d'infection périnatale a été enregistré chez un enfant d'un an, qui est né au Canada de parents originaires du Canada (tableau 5).
- De plus, trois autres nouveaux diagnostics de transmissions néonatales ont été enregistrés chez trois jeunes immigrants âgés entre 3 et 17 ans au moment du test confirmé positif au Québec. Les données du programme ne permettent pas de préciser le contexte de ces transmissions périnatales.

Figure 11 Nombre de cas de nouveaux diagnostics nés ailleurs qu'au Canada, par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2013-2022

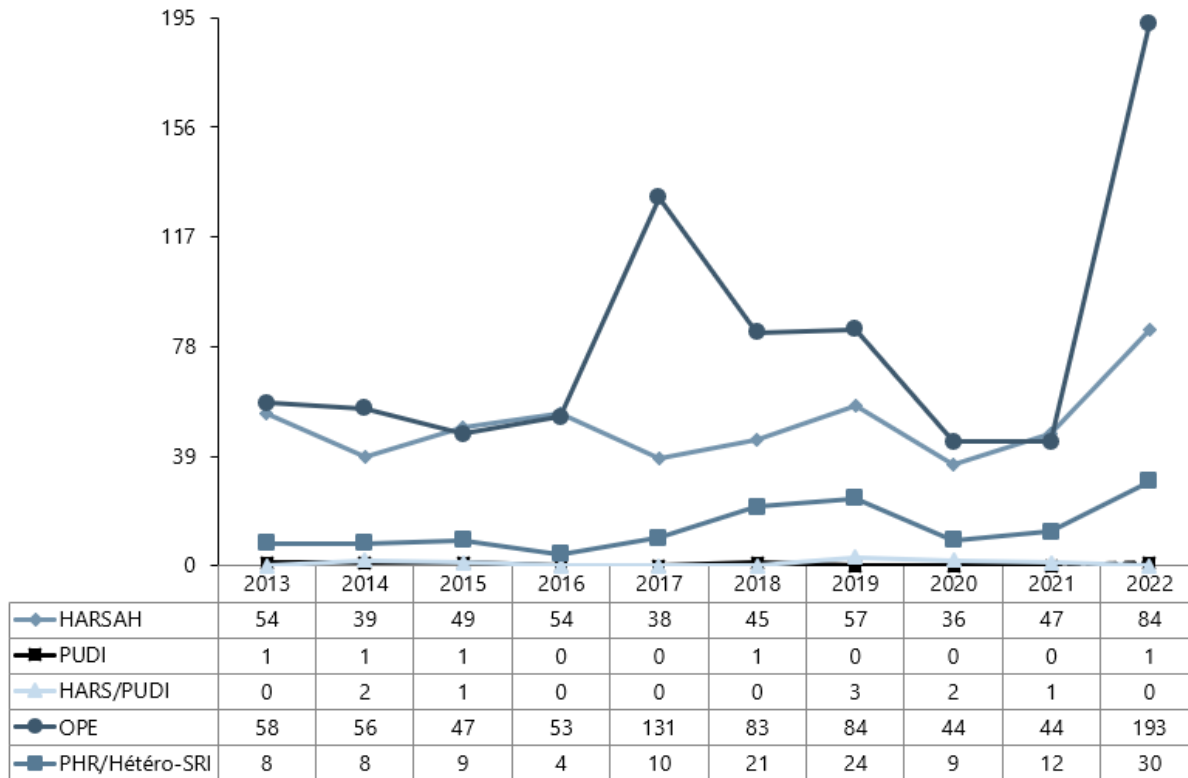
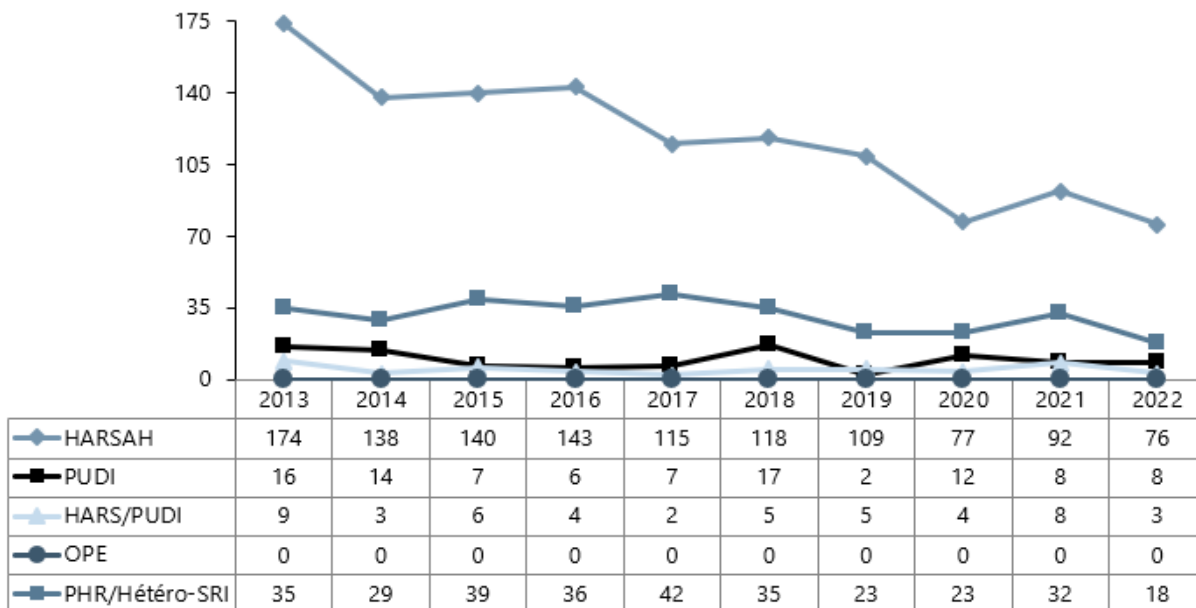


Figure 12 Nombre de cas de nouveaux diagnostics nés au Canada, par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2013-2022



Antécédents de dépistage du VIH

- Un peu plus des trois quarts (78,0 %, n = 329) des personnes nouvellement diagnostiquées en 2022 n'avaient jamais eu de dépistage du VIH auparavant (tableau 6).
- La proportion des cas sans test antérieur de dépistage est en croissance depuis 10 ans (figure 13); elle est passée de 75,9 % en 2015 à 89,1 % en 2022 chez les personnes OPE, de 25,9 % à 71,4 % chez les HARSAH nés ailleurs qu'au Canada, et de 33,9 % à 50,0 % parmi les HARSAH nés au Canada (figure 14).
- La moitié (n = 46) des 93 cas de nouveaux diagnostics ayant un test antérieur rapportait qu'il datait de plus d'un an (tableau 6).
- Seules 40 (9,5 %) des personnes nouvellement diagnostiquées en 2022 avaient eu un test de dépistage dans les douze derniers mois.
- La proportion des cas ayant eu un test de dépistage dans les 12 derniers mois était plus élevée parmi les personnes nées au Canada (19,5 %) que chez les personnes nées ailleurs qu'au Canada (6,1 %). En 2022, elle était de 25,0 % chez les HARSAH nés au Canada, 14,3 % chez les HARSAH nés ailleurs qu'au Canada, et 3,6 % parmi les personnes OPE (tableau 6).

Figure 13 Antécédents de dépistage rapportés pour les cas de nouveaux diagnostics, selon l'année du prélèvement, 2003-2022

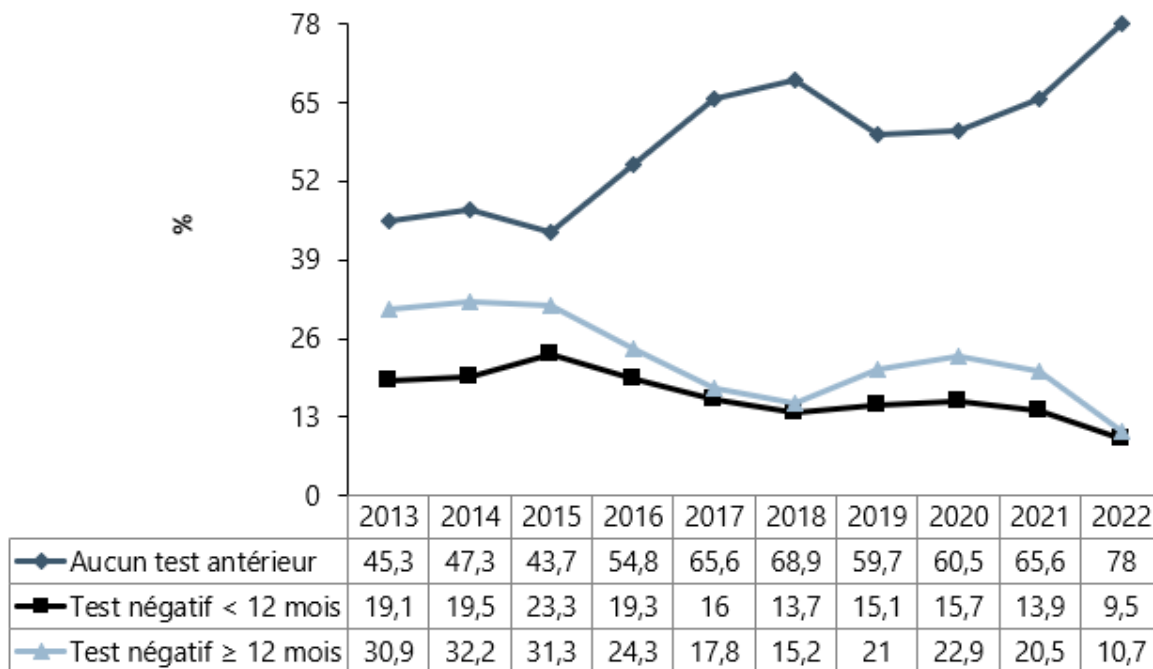


Figure 14 Proportions des cas de nouveaux diagnostics sans test antérieur de dépistage parmi les personnes OPE et parmi les HARSAH, 2013-2022

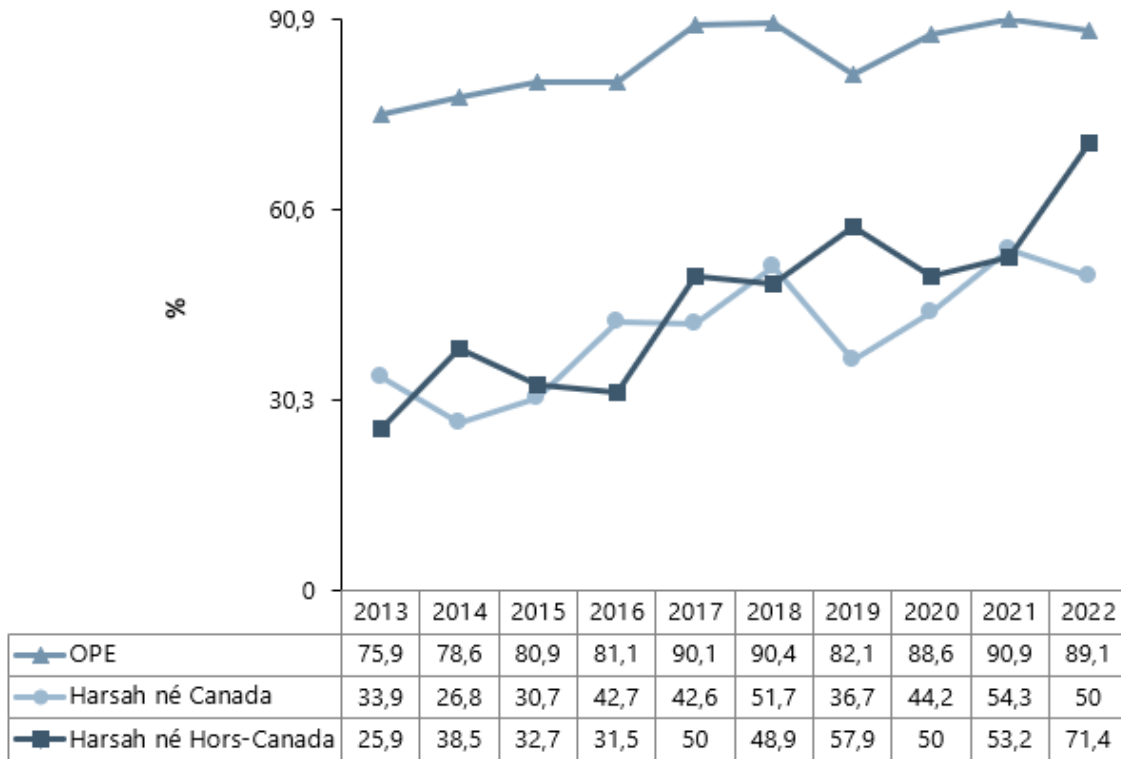


Tableau 5 Nombre de nouveaux diagnostics selon la catégorie d'exposition, l'origine ethnoculturelle et le genre, 2022

	Catégorie d'exposition								Genre					Total	
	HARSAH	HARSAH/ PUDI	PUDI	Transmission hétérosexuelle		DS/FC	Transmission verticale	ARI	Masculin		Féminin		Trans	n	%
				OPE	PHR/ Hétéro-SRI				n	%	n	%			
n	n	n	n	n	n	n	n	n	%	n	%	n	n	%	
Origine ethnoculturelle															
Allochtone du Canada	69	3	8	0	15	0	1	0	83	27,3	12	10,6	2	96	23,2
Autochtone du Canada	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	0	0,0	0	1	0,2
États-Unis d'Amérique	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	0	0,0	0	1	0,2
Europe	7	0	1	0	4	0	0	0	9	3,0	3	2,7	0	12	2,9
Caraïbes	3	0	0	124	1	0	0	0	80	26,3	48	42,5	0	128	30,5
Amérique centrale et du Sud	53	0	0	0	20	0	0	1	69	22,7	5	4,4	0	74	17,7
Asie	10	0	0	0	7	0	0	0	14	4,6	3	2,7	0	17	4,1
Afrique du Nord et Moyen-Orient	10	1	0	0	1	0	0	0	12	3,9	0	0,0	0	12	2,9
Afrique subsaharienne	6	0	0	68	0	0	3	0	35	11,5	42	37,2	0	77	18,4
Sous/total	160	4	9	192	48	0	4	1	304	100	113	100	2	418	100
Donnée non disponible	1	1	0	1	1	0	0	0	2	---	1	---	0	4	---
Genre															
Masculin	159	5	6	105	30	0	0	1	306	--	--	--	---	306	72,5
Féminin	0	0	3	88	19	0	4	0	--	--	114	---	---	114	27,0
Trans	2	0	0	0	0	0	0	0	--	--	--	--	2	2	0,5
Total	161	5	9	193	49	0	4	1	306	---	114	---	2	422	100

Note : HARSAH : Homme qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes; PUDI : Personne utilisatrice de drogues par injection; OPE : Origine d'un pays où le VIH est endémique; PHR : Partenaire hétérosexuel à risque; Hétéro-SRI : Personne hétérosexuelle sans risque identifié; ARI : Aucun risque identifié.

Tableau 6 Antécédents de dépistage selon que les cas de nouveaux diagnostics sont nés au Canada ou ailleurs qu'au Canada, 2022.

	Né au Canada					Né ailleurs qu'au Canada					Ensemble des nouveaux diagnostics				
	n cas	JTA	Test antérieur			n cas	JTA	Test antérieur			n cas	JTA	Test antérieur		
			Date ?	< 1 an	≥ 1 an			Date ?	< 1 an	≥ 1 an			Date ?	< 1 an	≥ 1 an
	n	%	%	%	%	n	%	%	%	%	n	%	%	%	%
Catégorie d'exposition															
HARSAH	76	50,0	5,3	25,0	19,7	84	71,4	1,2	14,3	13,1	161	60,9	3,1	19,3	16,8
HARSAH/ PUDI	3	66,7	0,0	33,3	0,0	0	---	---	---	---	5	60,0	20,0	20,0	0,0
PUDI	8	75,0	0,0	12,5	12,5	1	100,0	0,0	0,0	0,0	9	77,8	0,0	11,1	11,1
OPE	0	---	---	---	---	193	89,1	0,5	3,6	6,7	193	89,1	0,5	3,6	6,7
PHR/Hétéro- SRI	18	83,3	0,0	0,0	16,7	30	96,7	0,0	0,0	3,3	49	91,8	0,0	0,0	8,2
Autre	2	100,0	0,0	0,0	0,0	3	66,7	0,0	0,0	33,3	5	80,0	0,0	0,0	20,1
Groupe d'âge															
< 15	1	10,00	0,0	0,0	0,0	2	100,0	0,0	0,0	0,0	3	100,0	0,0	0,0	0,0
15-24	14	42,9	0,0	50,0	7,1	20	75,0	0,0	15,0	10,0	34	61,8	0,0	29,4	8,8
25-34	38	60,5	0,0	21,1	18,4	114	82,5	0,0	7,9	9,6	154	76,6	0,7	11,0	11,7
35-44	16	56,2	6,2	12,5	25,0	128	85,9	1,6	4,7	7,8	145	82,1	2,1	5,5	10,3
45-54	12	41,7	8,3	16,7	33,3	28	93,0	0,0	0,0	7,1	40	77,5	2,5	5,0	15,0
≥ 55	26	73,1	7,7	7,7	11,5	19	89,5	0,0	5,3	5,3	46	80,4	4,3	6,5	8,9
Genre															
Masculin	93	57,0	3,2	21,5	18,3	210	84,3	0,5	6,7	8,6	306	75,5	1,6	11,1	11,8
Féminin	12	83,3	0,0	0,0	16,7	101	86,1	1,0	5,0	7,9	114	86,0	0,9	4,4	8,8
Trans	2	0,0	50,0	50,0	0,0	0	---	---	---	---	2	0,0	50,0	50,0	0,0
Total	107	58,9	3,7	19,6	17,8	311	84,9	0,6	6,1	8,4	422	78,0	1,7	9,5	10,9

Note JTA : Jamais testé pour le VIH auparavant; Date ? : Date non connue; HARSAH : Homme qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes; PUDI : Personne utilisatrice de drogues par injection; OPE : Origine d'un pays où le VIH est endémique; PHR : Partenaire hétérosexuel à risque; Hétéro SRI : Personne hétérosexuelle sans facteur de risque identifié.

2.2.3 Les anciens diagnostics

Le nombre des anciens diagnostics était de 489 cas en 2022. Il s'agit du nombre des anciens diagnostics déclaré annuellement le plus élevé depuis dix ans (figure 2).

Les trois-quarts (75,7 %, n = 370) des anciens diagnostics ont été enregistrés chez des personnes nées ailleurs qu'au Canada et 340 d'entre elles avaient reçu ce diagnostic dans leurs pays d'origine avant de venir au Canada (tableau 7).

Parmi les 340 personnes ayant eu un diagnostic de l'infection avant de venir au Québec :

- 268 sont arrivées au Canada en 2022, 53 en 2021, 7 en 2020 et 12 en 2019 ou avant 2018.
- Les délais moyens entre la date d'arrivée et la date du test confirmé positif au Québec et entre la date du test confirmé positif au Québec et la date du prélèvement pour le dosage des lymphocytes CD4 et/ou la charge virale étaient respectivement de 7 mois (5 mois pour les cas OPE et 10 mois pour les HARSAH) et de 8 mois (6 mois pour les cas OPE et 11 mois pour les HARSAH) (tableau 8).

Tableau 7 Nombre de cas d'anciens diagnostics selon qu'ils sont nés au Canada ou ailleurs qu'au Canada et selon que le premier test positif a été fait au Québec ou ailleurs, 2022

Pays de naissance	Lieu du premier test positif				Total
	Québec	Ailleurs au Canada	Hors-Canada	Inconnu	
Canada	104	13	0	2	119
Hors-Canada	24	5	340	1	370
Total	128	18	340	3	489

Tableau 8 Délai entre la date d'arrivée au Canada et celle du test de détection du VIH fait au Québec ou de numération des CD4 ou de charge virale des cas d'anciens diagnostics ayant reçu ce diagnostic avant de venir au Canada, 2022.

	Délai en année entre la date d'arrivée et le test positif					Délai en année entre la date d'arrivée et le test CD4					Délai en année entre la date d'arrivée et la charge virale				
	n ^a	Moy	Méd	Min	Max	n ^a	Moy	Méd	Min	Max	n ^a	Moy	Méd	Min	Max
Genre															
Masculin	205	0,67	0,14	0,00	13,80	201	0,77	0,29	0,01	13,31	201	0,77	0,29	0,01	13,31
Féminin	132	0,43	0,14	0,00	4,93	131	0,57	0,31	0,04	5,24	130	0,56	0,31	0,04	5,04
Trans	3	0,10	0,08	0,07	0,15	2	0,14	0,14	0,14	0,14	3	0,34	0,14	0,14	0,74
Catégorie d'exposition															
HARSAH	133	0,83	0,21	0,00	13,80	128	0,93	0,33	0,01	13,31	130	0,92	0,33	0,01	13,31
HARSAH/PUDI	1	0,14	0,14	0,14	0,14	1	0,88	0,88	0,88	0,88	1	0,88	0,88	0,88	0,88
PUDI	2	0,10	0,10	0,02	0,18	2	0,23	0,23	0,10	0,35	2	0,23	0,23	0,10	0,35
OPE	167	0,38	0,12	0,00	4,93	166	0,51	0,26	0,04	5,24	164	0,51	0,26	0,04	5,04
PHR	7	1,02	0,28	0,05	4,66	7	1,10	0,31	0,07	4,98	7	1,10	0,31	0,07	4,98
Hétéro SRI	23	0,16	0,28	0,05	4,66	23	0,30	0,22	0,04	0,88	23	0,29	0,22	0,04	0,88
DS/FC	1	0,11	0,11	0,11	0,11	1	0,16	0,16	0,16	0,16	1	0,16	0,16	0,16	0,16
Périnatale	6	1,69	0,44	0,10	6,20	6	1,61	0,44	0,10	5,50	6	1,50	0,44	0,10	5,50
Total	340	0,57	0,14	0,00	13,80	334	0,69	0,30	0,01	13,31	334	0,68	0,30	0,01	13,31

^a Nombre de cas pour lesquels la date d'arrivée au Canada était état disponible.

Note : Moy : Moyenne; Méd : Médiane; Min : Minimum; Max : Maximum; HARSAH : Homme qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes; PUDI : Personne utilisatrice de drogues par injection; OPE : Origine d'un pays où le VIH est endémique; PHR : Partenaire hétérosexuel à risque; Hétéro-SRI : Personne hétérosexuelle sans facteur de risque identifié; DS/FC : Don de sang/facteur de coagulation.

Charge virale. La charge virale était disponible pour 439 (89,8 %) des anciens diagnostics. Plus de quatre-vingts pour cent (86,8 %) des cas avaient une charge virale < à 200 par millilitre. La proportion des cas ayant une charge virale < à 200 était plus élevée chez les HARSAH nés au Canada (96,4 %), que parmi les HARSAH nés ailleurs qu'au Canada (87,4 %) et les personnes OPE (79,9 %) (tableau 9).

Catégories d'exposition. La catégorie d'exposition fréquemment rapportée pour les anciens diagnostics était celle des HARSAH (47,7 %), suivie par l'OPE (37,8 %), celle des personnes hétérosexuelles qui ont des partenaires hétérosexuels à risque ou qui n'ont pas de facteur de risque identifié (9,2 %) et celles des personnes qui s'injectent des drogues (tableau 10).

Six anciens diagnostics d'infections par transmission verticale survenue à la naissance ont été rapportés auprès de six immigrants originaires d'Afrique subsaharienne, qui avaient entre 9 et 31 ans au moment du test confirmé positif au Québec.

Un ancien diagnostic d'infection par des dons de sang a été enregistré chez une personne d'origine européenne, qui avait eu ce diagnostic dans son pays d'origine avant son admission au Canada en 2021 (tableau 10).

Tableau 9 Charge virale des cas d'anciens diagnostics, par catégorie d'exposition et selon qu'ils sont nés au Canada ou ailleurs qu'au Canada, 2022.

	Né au Canada			Né ailleurs qu'au Canada			Total		
	Cas	<200	≥ 200	Cas	<200	≥ 200	Cas	<200	≥ 200
	n ^a	%	%	n ^a	%	%	n ^a	%	%
Catégorie d'exposition									
HARSAH	84	96,4	3,6	135	87,4	12,6	219	90,9	9,1
HARSAH/PUDI	4	75,0	25,0	2	100	0,0	6	83,2	16,7
PUDI	10	80,0	20,0	2	50,0	50,0	12	75,0	25,0
OPE	0	---	---	159	79,9	20,1	159	79,9	20,1
PHR/Hétéro-SRI	10	90,0	10,0	26	96,2	3,8	36	94,4	5,6
Autre	0	---10,0	---	7	100	0,0	7	100	0,0
Genre									
Masculin	101	95,5	5,5	201	85,6	14,4	302	88,7	11,3
Féminin	7	71,4	28,6	127	83,5	16,5	134	82,8	17,2
Trans	0	---	---	3	66,7	33,3	3	66,7	33,3
Total	108	93,5	6,5	331	84,6	15,4	439	86,8	13,2

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

Note : HARSAH : Homme qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes; PUDI : Personne utilisatrice de drogues par injection; OPE : Origine d'un pays où le VIH est endémique; PHR : Partenaire hétérosexuel à risque; Hétéro-SRI : Personne hétérosexuelle sans facteur de risque identifié; DS/FC : Don de sang/facteur de coagulation.

Tableau 10 Répartition des anciens diagnostics par catégorie d'exposition, origine ethnoculturelle et selon le genre, 2022

	Catégorie d'exposition							Genre					Total		
	HARSAH	HARSAH/ PUDI	PUDI	Transmission hétérosexuelle		DS/FC	Transmission verticale	Masculin		Féminin		Trans	Donnée non disponible	n	%
				OPE	PHR ou Hétéro-SRI			n	%	n	%				
n	n	n	n	n	n	n	n	%	n	%	n	n			
Origine ethnoculturelle															
Allochtone du Canada	87	4	10	0	14	0	0	107	32,0	8	5,3	0	0	115	23,6
Autochtone du Canada	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0
États-Unis d'Amérique	3	0	1	0	1	0	0	4	1,2	1	0,7	0	1	5	1,0
Europe	15	0	0	0	11	1	0	18	5,4	9	6,0	0	0	27	5,5
Caraïbes	7	0	0	47	2	0	0	23	6,9	32	21,2	1	0	56	11,5
Amérique du Centre et Sud	94	2	0	3	12	0	0	103	30,8	6	4,0	2	0	111	22,7
Asiatique	10	1	1	0	2	0	0	14	4,2	0	0,0	0	0	14	2,9
Afrique du Nord et Moyen-Orient	6	0	0	1	2	0	0	9	2,7	0	0,0	0	0	9	1,8
Afrique subsaharienne	10	0	0	134	1	0	6	56	16,8	95	62,9	0	0	151	30,9
Sous/total	232	7	12	185	45	1	6	334	100	151	100	3	1	488	100
Donnée non disponible	1	0	0	0	0	0	0	1	---	0	--	0	0	1	---
Genre															
Masculin	230	7	7	62	27	1	1	335	100	--	--	---	0	335	68,5
Féminin	---	---	5	123	18	0	5	--	--	151	100	---	0	151	30,9
Trans	3	0	0	0	0	0	0	--	--	--	--	3	0	3	0,6
Total	233	7	12	185	45	1	6	335	100	151	100	3	1	489	100

Note : HARSAH : Homme qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes; PUDI : Personne utilisatrice de drogues par injection; OPE : Origine d'un pays où le VIH est endémique; PHR : Partenaire hétérosexuel à risque; Hétéro-SRC : Personne hétérosexuelle sans facteur de risque identifié; DS/FC : Don de sang et/ou de facteur de coagulation.

3 LIMITES ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES

3.1 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 ont été enregistrés chez des personnes 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.

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, tests anonymes, cas confirmés pour des études de recherche, à la demande d'Héma-Québec, etc.).

En ce qui concerne les nouveaux diagnostics chez des personnes nées ailleurs qu'au Canada, les données disponibles ne permettent pas de distinguer les infections acquises au Québec des infections acquises dans le pays d'origine avant l'arrivée au Québec.

Les proportions des tests positifs sont surestimées; elles ont été calculées en utilisant comme numérateur le nombre de tests confirmés positif à l'échelle du Québec et comme dénominateur un nombre de tests excluant ceux effectués par les laboratoires privés.

3.2 Interprétation des résultats

La charge virale obtenue dans le cadre du programme est difficile à interpréter en l'absence de données sur le contexte clinique, notamment sur les traitements antirétroviraux prescrits aux anciens diagnostics avant la déclaration de ceux-ci au programme de surveillance. Moins de 1 % des PVVIH vont contrôler naturellement la maladie et présenter une charge virale indétectable. Dans les autres cas, celle-ci représente généralement une réponse à une thérapie débutée antérieurement. La forte proportion des anciens diagnostics ayant une charge virale

inférieure à 200 copies du virus par ml nous fait croire que ces cas étaient pris en charge et traités par les antirétroviraux.

Le nombre de nouveaux diagnostics fluctue d'une année à l'autre avec une légère tendance à la baisse qui a été observée jusqu'en 2020.

La diminution des cas entre 2019 et 2020 et la hausse entre 2021 et 2022 doivent être interprétées avec prudence et contextualisées dans la pandémie de COVID-19 et l'accroissement migratoire observé au Québec en 2022.

- Le nombre de tests de détection de l'infection par le VIH qui avait diminué entre 2019 et 2020 a augmenté entre 2021 et 2022.
- La diminution du nombre de cas OPE entre 2019 et 2020 était en grande partie liée aux mesures visant à limiter les entrées aux voyages essentiels qui ont été appliquées pour combattre l'épidémie de Covid-19 (16).
- Selon l'Institut de la statistique du Québec, le Québec a accueilli 68 700 immigrants et 86 700 résidents non permanents^a en 2022. Il s'agirait dans les deux cas d'un sommet en regard des cinquante années précédentes (17). La levée des restrictions majeures aux voyages internationaux à compter du milieu de 2021 et le rattrapage des admissions d'immigrants non réalisées dans les premiers mois de la pandémie de COVID-19 ont contribué à la hausse des gains migratoires en 2022.
- L'augmentation des cas entre 2021 et 2022, particulièrement celle des cas OPE, apparaît liée au rattrapage du dépistage et à l'influx migratoire observé au Québec dans la même période.

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a développé un modèle mathématique basé sur la triangulation de plusieurs sources de données, dont celles du programme québécois de surveillance du VIH, pour estimer l'incidence et la prévalence du VIH. Selon l'ASPC, 19 101 personnes vivaient avec le VIH au Québec en 2022, dont 522 qui l'auraient contracté au cours de cette année; une personne sur dix PVVIH (11 %) ne serait pas diagnostiquée (18).

La détection et le traitement précoces de l'infection par le VIH contribuent à diminuer la transmission du virus (4, 19–32). 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 (3-14).

a Les résidents non permanents sont des personnes admises de façon temporaire au Canada, principalement des travailleurs temporaires, des étudiants étrangers ou des demandeurs d'asile désirant obtenir le statut de réfugié.

En 2014, l'ONUSIDA énonçait des objectifs ambitieux pour mettre fin à l'épidémie du VIH/SIDA (33). Les cibles pour l'horizon 2020 étaient que 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, que 90 % des personnes connaissant leur statut de séropositivité prennent des traitements antirétroviraux et que 90 % des personnes en traitement aient une charge virale indétectable (34).

La cascade de soins est composée d'indicateurs qui documentent les étapes nécessaires à l'atteinte de la plus grande proportion possible de cas ayant 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 (33-35). Selon les estimations par l'ASPC pour l'année 2022, 89 % des PVVIH au Québec seraient diagnostiquées, 82 % de celles ayant eu un diagnostic recevraient des traitements antirétroviraux, et 96 % de celles qui étaient traitées avaient une charge virale sous le seuil de 200 copies de l'ARN viral par ml (18).

3.3 En conclusion

L'épidémie du VIH reste concentrée dans les centres urbains et auprès des groupes de populations à risque, principalement chez les HARSAH et les personnes originaires de pays où le VIH est endémique.

Les personnes OPE demeurent le groupe de population le plus touché chez les femmes.

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

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.

L'augmentation des cas entre 2021 et 2022 apparaît liée à un afflux migratoire en provenance de pays où le VIH est endémique, plutôt qu'à une hausse de la transmission locale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide québécois de dépistage: infections transmissibles sexuellement et par le sang. 2019.
2. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, et al. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS*. 2014; 28:1509-19.
3. Loutfy MR, Wu W, Letchumanan M, Bondy L, 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.
4. Cohen J. HIV prevention. Halting HIV/AIDS epidemics. *Science*. 2011;334(6061):1338-40.
5. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011; 365 (6):493-505.
6. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *N Engl J Med*. 2016; 375 (9):830-39.
7. Cohen MS, Gamble T, McCauley MI. Prevention of HIV transmission and the HPTN 052. *Annu.Rev. Med*. 2020; 71:347-60.
8. Eisinger RW, Dieffenbach CW, Fauci AS. HIV viral load and transmissibility of HIV infection: undetectable equals untransmittable. *JAMA*. 2019; 321:45152.
9. The Lancet. U = U taking off in. Editorial. *Lancet HIV*; 4:PE475.
10. Bavinton BR, Pinto AN, Phanuphak N, et al. Opposites Attract Study Group. Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study. *Lancet HIV* 2018; 5: e438-e447.
11. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. PARTNER Study Group. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA*. 2016; 316 (2):171-81.
12. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet*. 2019;393 (10189):2428-2438.
13. LeMessurier J, Traversy G, Varsaneux O, et al. Risk of sexual transmission of human immunodeficiency virus with antiretroviral therapy, suppressed viral load and condom use: a systematic review. *CMAJ*. 2018; 190: e1350-e1360.
14. 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.

15. Antinori A, Coenen T, Costagiola D, et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Med.* 2011;12(1):61-4.
16. Bitera R, Alary M, Sylvain D. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec: Rapport annuel 2021.
17. Institut de la Statistique du Québec. Le bilan démographique du Québec. Édition 2023 [En ligne], Québec, l'Institut, 113 p. statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-démographique-quebec-edition-2023.pdf.
18. Agence de la santé publique du Canada. Estimation de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH en 2022.
19. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 2011;365(6):493-505.
20. Dijkstra M, van Rooijen MS, Hillebregt MM, et al. HIV Transmission Elimination Amsterdam (H-TEAM) Initiative. Decreased time to viral suppression after implementation of targeted testing and immediate initiation of treatment of acute human immunodeficiency virus infection among men who have sex with men in Amsterdam. *Clin Infect Dis* 72202019521960.
21. Cohen MS, Gay CL. Treatment to prevent transmission of HIV-1. *Clin Infect Dis* 2010;50 Suppl 3: S85-95.
22. Granich RM, Gilks CF, Dye C, et al. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV: a mathematical model. *Lancet* 2009;373: 48-57.
23. Vasylyeva TI, Friedman SR, Smyrnov P, et al. A new approach to prevent HIV transmission: Project Protect intervention for recently infected individuals. *AIDS Care.* 2015;27(2):223-8.
24. Grinsztejn B, Hosseinipour MC, Ribaldo HJ, 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.* 2014;14(4):281-90.
25. Cohen J. Breakthrough of the year. HIV treatment as prevention. *Science.* 2011;334(6063):1628.
26. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, et al. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clin Infect Dis.* 2011;52(6):793-800.
27. INSIGHT START Study Group, Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, et al. Initiation antiretroviral therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N Engl J Med.* 2015; 373:795-807.
28. Henrich TJD, Gandhi RT. Early treatment and HIV-1 Reservoirs: A stich in time? *J Infect Dis.* 2013; 208:1189-93.
29. McNairy ML, El-Sadr WM. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV transmission: what will it take? *Clin Infect Dis.* 2014; 58:1003-11.
30. Hayes RJ, Donnell D, Floyd S, et al. Universal testing and treatment on HIV Incidence – HPTN 071 (PopArt) trial. *N Engl J Med.* 2019; 381:207-18.

31. Havlir D, Lockman S, Ayles H, et al. What do the universal test and treat trials tell us about the path to HIV epidemic control? *J Int AIDS Soc.* 2020; 23: e25455.
32. Phanuphak N, Seekaew P, Phanuphak P. Optimising treatment in the test-and-treat strategy: what are we waiting for? *Lancet HIV.* 2019; 6: e715-22.
33. UNAIDS. 90-90-90 - An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. 2014.
34. ONUSIDA - Accélérer la riposte: mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030. 2014.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-global-aids-update-en.pdf.
35. 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.* 2012;7(6):579-86.

Centre de référence et d'expertise
en santé publique depuis 1998



www.inspq.qc.ca