

# Actualités en épidémiologie du **VIH/sida**

---

Chapitre 13 : Le VIH/sida au Canada chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique

Avril 2012



## **Mission**

*Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.*

— Agence de la santé publique du Canada

*Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Chapitre 13 : Le VIH/sida au Canada chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique* est disponible sur Internet à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca>

Also available in English under the title:

*HIV/AIDS Epi Update – Chapter 13: HIV/AIDS in Canada among people from countries where HIV is endemic*

### **Pour obtenir une copie de ce rapport, veuillez envoyer votre demande à :**

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Agence de la santé publique du Canada

Pièce 2410, 100 promenade Eglantine, Immeuble Santé Canada

I.A. 0602C, Pré Tunney

Ottawa (ON) K1A 0K9

Courriel : [ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca](mailto:ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca)

### **Ou par l'intermédiaire du**

Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE)

555, rue Richmond Ouest, Bureau 505

Toronto (Ontario)

M5V 3B1

Sans frais : 1-800-263-1638

Courriel : [orderingcentre@catie.ca](mailto:orderingcentre@catie.ca)

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2012

**Imprimé** Cat. : HP40-56/13-2012F  
ISBN : 978-1-100-20523-6

**PDF** Cat. : HP40-56/13-2012F-PDF  
ISBN : 978-1-100-99070-5

## Remerciements

La surveillance du VIH et du sida à l'échelle nationale n'est possible que grâce aux provinces et territoires qui y participent et qui en déterminent l'orientation. Le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections remercie donc les coordonnateurs, les unités de santé publique, les laboratoires, les fournisseurs de soins de santé et les médecins des provinces et des territoires du domaine du VIH/sida d'avoir transmis les données confidentielles non nominatives qui ont permis la publication du présent rapport. Celle-ci n'aurait pas été possible sans leur étroite collaboration et leur participation à la surveillance du VIH/sida.

Nous tenons également à remercier le personnel du service des opérations du site Web et de l'intranet, de l'Agence de la santé publique du Canada, qui nous a permis de publier le rapport sur Internet.

**Nota :** Le présent document doit être cité lorsque des données en sont extraites ou sont utilisées.

**Référence suggérée :** Agence de la santé publique du Canada. *Actualités en épidémiologie du VIH/sida : Le VIH/sida au Canada chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, avril 2012*, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2012.

## Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections

### Division de la surveillance et de l'épidémiologie

**Téléphone :** 613-954-5169 **Télécopieur :** 613-957-2842

#### Membres du personnel de la Division qui ont contribué à la rédaction de ce chapitre :

Directeur de la Division	D <sup>r</sup> Chris Archibald
Adjointe exécutive	Louise Chevrier

#### Section de surveillance principale du VIH/sida et de la tuberculose

Gestionnaire	Jessica Halverson
Analyste de surveillance principale	Kristina Lalonde Tomas
Épidémiologiste principal	Qiuying Yang
Analyste de recherche	Chris Houston

#### Section de surveillance améliorée du VIH/sida

Gestionnaire	Susanna Ogunnaike-Cooke
Épidémiologiste principale (contractuelle)	Munira Nurhbai
Épidémiologiste principale	Marissa McGuire
Épidémiologiste principale	Jill Tarasuk
Épidémiologiste principal	Mubeen Aslam
Agente de surveillance	Chantal Nelson

## **Aperçu de l'élaboration et de la méthodologie d'*Actualités en épidémiologie du VIH/sida***

### **Objectif**

Le bulletin *Actualités en épidémiologie du VIH/sida* a pour objectif de fournir une information à jour sur les tendances et les nouveaux développements, au Canada, dans l'épidémiologie de l'infection à VIH, du sida et des facteurs de risque associés. Avant 2007, *Actualités en épidémiologie* était publié annuellement. Depuis, on a adopté une nouvelle approche, par étapes : chaque chapitre sera dorénavant publié sous forme de document distinct, qui sera mis à jour à mesure que de nouvelles données épidémiologiques seront disponibles. Chapitres 1 à 12 ont d'abord été publiés dans ce format nouveau livret en Juillet 2010 et peut être consulté à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/index-fra.php>.

### **Méthodologie de recherche**

Un bibliothécaire de Santé Canada a mis au point une stratégie de recherche détaillée qui permettra de générer une liste de documents de référence pertinents sur le VIH, dans le contexte de la population canadienne. On a effectué une recherche élargie au moyen de SCOPUS, une base de données bibliographiques renfermant des résumés et des références d'articles de revues scientifiques. Parmi les syntagmes de recherche figuraient « HIV » (VIH) et « Canada ». Cette stratégie, conçue de manière à être exhaustive, a donné d'abondants résultats.

Les articles ont été triés par titre et/ou résumé à partir de critères d'inclusion/exclusion prédéfinis.

Afin de repérer d'autres documents pertinents, par exemple des rapports, des articles de presse et des exposés, on a effectué une recherche sur le Web avec des moteurs tels que Google™ ; les mêmes syntagmes de recherche ont été utilisés, soit « HIV » (VIH) et « Canada ». Un flux RSS (Really Simple Syndication) a été créé par l'entremise de la bibliothèque de Santé Canada dans le but de repérer tous nouveaux reportages dans les médias à l'intérieur des paramètres des objectifs de la recherche documentaire.

### **Critères d'inclusion**

Les articles répondant aux critères qui suivent ont été intégrés à la documentation de référence d'*Actualités en épidémiologie du VIH/sida* :

- Articles portant sur la population vulnérable traitée dans le chapitre en question, faisant partie des populations visées par l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*, lesquelles comprennent les Autochtones, les jeunes à risque, les femmes, les utilisateurs de drogues injectables (UDI), les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), les détenus, les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et les personnes vivant avec le VIH/sida
- Variable indépendante : comportements à risque associés au VIH, déterminants sociaux de la santé
- Variable dépendante : infection à VIH et résultats connexes
- Plan de recherche : surveillance, études épidémiologiques, facteurs sociocomportementaux, essais contrôlés randomisés (ECR) pertinents, recherche qualitative et recherche communautaire
- Pays/populations : Canada/personnes résidant au Canada
- Littérature ayant fait l'objet d'un examen par les pairs
- Littérature « grise », par exemple rapports d'organismes, résumés de conférences
- Articles rédigés en français ou en anglais.

## Critères d'exclusion

Les articles correspondant aux critères qui suivent ont été exclus de la documentation de référence d'*Actualités en épidémiologie* :

- Études sur les animaux
- Essais de médicaments
- Rapports d'évaluation de programmes, discussions sur la méthodologie de surveillance, articles qui abordent le VIH et les populations visées, mais qui ciblent une maladie ou un sujet autre que le VIH (p. ex. maladie cardiovasculaire chez les populations vivant avec le VIH, etc.), articles similaires publiés sous différents titres ou selon un autre ordre d'auteurs
- Articles rédigés dans une langue autre que l'anglais ou le français.



## Le VIH/sida au Canada chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique

### Points saillants

- Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique sont touchées de façon disproportionnée par le VIH/sida au Canada. Elles représentent en effet 14 % des personnes vivant avec le VIH au Canada alors qu'elles ne forment que 2,2 % de la population en général.
- Le taux estimatif de nouveaux cas d'infection chez les personnes nées dans un pays où le VIH est endémique est environ 8,5 fois plus élevé que chez les autres Canadiens.
- Le diagnostic de l'infection à VIH est posé à un âge plus précoce chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et dont l'infection est attribuée à un contact hétérosexuel (hét-endémique) que chez celles appartenant à d'autres sous-catégories d'exposition par contact hétérosexuel : plus de 75 % des rapports de test positif pour le VIH de la sous-catégorie d'exposition hét-endémique concernent des personnes de moins de 40 ans, comparativement à 60 % dans les autres sous-catégories d'exposition par contact hétérosexuel.
- La majorité des cas d'infection à VIH déclarés faisant partie de la sous-catégorie d'exposition hét-endémique se rapportent à des personnes ayant déclaré être Noires.
- Au Canada, le VIH/sida a une incidence considérable sur les femmes qui viennent de pays où cette maladie est endémique. Ainsi, entre 1998 et 2009, les femmes de 15 ans ou plus représentaient 55,3 % des rapports de test positif pour le VIH dans la sous-catégorie d'exposition hét-endémique et 40,7 % des cas de sida.

### Introduction

Le présent chapitre regroupe des données tirées de multiples sources qui permettent de faire le point sur la situation du VIH/sida au Canada chez les personnes venant de pays où le VIH est endémique. Plus précisément, il présente d'abord les données estimatives sur la prévalence et l'incidence de l'infection à VIH au sein de cette population au Canada. On résume ensuite les données les plus récentes de la surveillance systématique nationale du VIH/sida de même que les résultats de certaines études de fraîche date. Le chapitre se termine par une analyse des points forts et des limites de la recherche actuelle et le résumé des résultats présentés.

### Contexte

#### Le point sur l'épidémie mondiale de VIH/sida

Selon le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde était estimé, à la fin de 2009, à 33,3 millions (31,4 millions à 35,3 millions)<sup>1</sup>. On constate par ailleurs une grande variabilité géographique en ce qui concerne la prévalence de la maladie, les tendances dans l'incidence de l'infection et les modes de transmission. L'Afrique subsaharienne demeure la région la plus lourdement touchée; on y a enregistré près de 69 % (1,8 million [1,6 million à 2,0 millions]) des nouveaux cas d'infection à VIH en 2009 et 72 % de la totalité des décès causés par le sida dans le monde, soit 1,8 million (1,6 million à 2,1 millions). Le rapport de 2010 d'ONUSIDA indique que les taux de prévalence régionale du VIH les plus élevés se retrouvent en Afrique subsaharienne (5,0 % [4,7 % à 5,2 %]) et dans les Caraïbes (1,0 % [0,9 % à 1,1 %])<sup>1</sup>.

**Tableau 13-1 : Nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH à l'échelle mondiale et par région, 2009**

Région	Adultes et enfants [limite inférieure–limite supérieure]	Pourcentage de prévalence parmi les adultes (15-49 ans) [limite inférieure–limite supérieure]
Afrique subsaharienne	22,5 millions [20,9 millions-24,2 millions]	5,0 [4,7-5,2]
Moyen-Orient et Afrique du Nord	460 000 [400 000-530 000]	0,2 [0,2-0,3]
Asie du Sud et du Sud-Est	4,1 millions [3,7 millions-4,6 millions]	0,3 [0,3-0,3]
Asie de l'Est	770 000 [560 000-1,0 million]	0,1 [0,1-0,1]
Océanie	57 000 [50 000-64 000]	0,3 [0,2-0,3]
Amérique centrale et du Sud	1,4 million [1,2 million-1,6 million]	0,5 [0,4-0,6]
Caraïbes	240 000 [220 000-270 000]	1,0 [0,9-1,1]
Europe orientale et Asie centrale	1,4 million [1,3 million-1,6 million]	0,8 [0,7-0,9]
Europe occidentale et centrale	820 000 [720 000-910 000]	0,2 [0,2-0,2]
Amérique du Nord	1,5 million [1,2 million-2,0 millions]	0,5 [0,4-0,7]
Total	33,3 millions [31,4 millions-35,3 millions]	0,8 [0,7-0,8]

Source : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010, p. 20

### Comprendre l'expression « pays où le VIH est endémique »

Le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections (CLMTI) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) tient à jour une liste de pays qui sont confrontés à une épidémie généralisée<sup>a</sup>; il qualifie ces pays de « pays où le VIH est endémique » aux fins de la surveillance. De façon générale, les pays où le VIH est endémique sont ceux où le taux de prévalence du VIH est égal ou supérieur à 1,0 % chez les adultes (personnes âgées de 15 à 49 ans) et qui présentent l'une des caractéristiques suivantes :

- 50 % ou plus des cas de VIH sont attribués à des contacts hétérosexuels;
- le ratio hommes-femmes est égal ou inférieur à 2:1 chez les cas prévalents d'infection;
- le taux de prévalence du VIH est égal ou supérieur à 2 % chez les femmes qui reçoivent des soins prénatals.

Une liste exhaustive des pays où le VIH est endémique, conformément à la définition qui précède, figure à l'annexe 1. On y compte 71 pays, dont 42 se trouvent en Afrique (surtout en Afrique subsaharienne), 26 dans les Caraïbes et en Amérique centrale et du Sud et 3 en Asie.

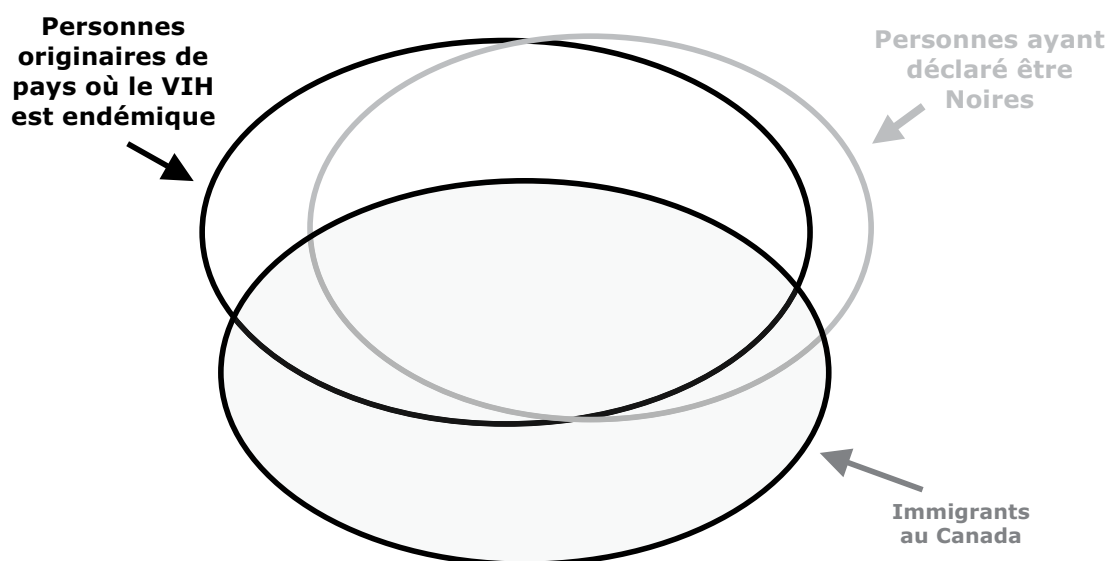
<sup>a</sup> ONUSIDA définit l'épidémie généralisée comme une situation où le VIH est solidement implanté dans la population générale. Bien que les sous-groupes exposés à risque élevé puissent contribuer de manière disproportionnée à la propagation du virus, le tissu des relations sexuelles dans l'ensemble de la population est suffisant pour maintenir l'épidémie. Indicateur indirect : la prévalence du VIH est systématiquement supérieure à 1 % chez les femmes enceintes (voir [http://www.unaids.org/globalreport/Global\\_report\\_fr.htm](http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_fr.htm))



Il est important de faire la distinction entre cette définition épidémiologique de la population et d'autres définitions connexes, comme celles des populations ou collectivités définies par la race, l'origine ethnique ou le statut d'immigration. La Figure 13-1 illustre quelques-unes de ces dimensions connexes, dont certaines

sont utilisées dans les études examinées plus loin dans ce chapitre. Pour les besoins de la surveillance nationale du VIH/sida, la dimension à l'étude ici est la population vivant au Canada originaire de pays où le VIH est endémique.

**Figure 13-1 : Recouplement des populations – Personnes originaires de pays où le VIH est endémique, personnes ayant déclaré être Noires et personnes ayant immigré au Canada**



Note : La figure n'est pas à l'échelle

Adaptation de : Houde A. Présentation de l'ASPC lors de l'atelier CISD/CACVO – Relever le défi. Ottawa, 28 septembre 2009

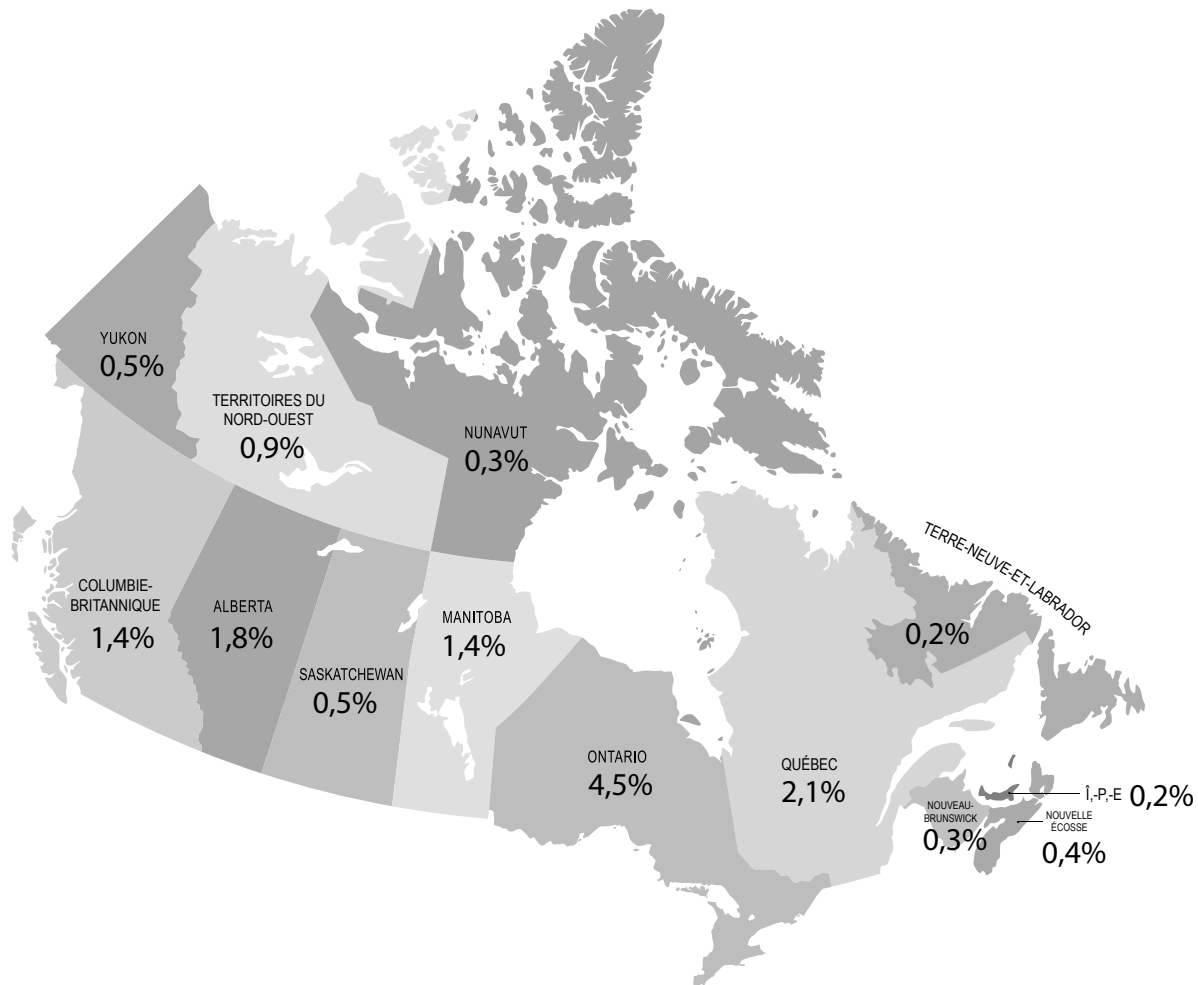
### Profil démographique canadien

Les immigrants qui s'installent au Canada forment une portion importante de la population du pays : selon Statistique Canada (recensement de 2006), près d'un Canadien sur 5 (6,2 millions ou 19,8 % de la population canadienne) est né à l'étranger.<sup>2</sup> D'après les données du même recensement, les personnes vivant au Canada qui sont originaires de pays où le VIH est endémique représentent 2,2 % de l'ensemble de la population canadienne<sup>3</sup>. Lorsqu'on additionne les immigrants de seconde génération ayant au moins un parent né dans un pays figurant sur la liste des pays où le VIH est endémique aux personnes originaires de ces pays, la proportion est de 2,7 %.<sup>3</sup>

L'Ontario et le Québec présentent les pourcentages les plus élevés de personnes nées dans des pays où le VIH est endémique<sup>b</sup>, soit 4,5 % et 2,1 % de leur population respective. Les autres provinces dont la proportion de la population née dans un pays où le VIH est endémique est de 1,0 % ou plus sont l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Manitoba (Figure 13-2). Les 5 villes où l'on compte le plus, de personnes originaires de pays où le VIH est endémique sont Toronto, Montréal, Vancouver, Ottawa et Calgary. Les citoyens venant des Caraïbes (incluant les Bermudes et l'Amérique centrale et du Sud) forment environ 73 % de la population de Toronto originaires de pays où le VIH est endémique. À Montréal, les 3 principaux pays d'origine sont Haïti (48,2 % des personnes originaires de pays où le VIH est endémique), le Cambodge (6,8 %) et la République démocratique du Congo (4,7 %).

<sup>b</sup> Pour les besoins de cette description démographique, ces chiffres englobent à la fois les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et les Canadiens immigrants de seconde génération ayant au moins un parent né dans un pays figurant sur la liste des pays où le VIH est endémique.

**Figure 13-2 : Proportion de la population provinciale/territoriale née dans un pays où le VIH est endémique ou ayant au moins un parent né dans un pays figurant sur la liste des pays où le VIH est endémique.**



### Problèmes auxquels sont confrontés les résidents canadiens originaires de pays où le VIH est endémique

Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique représentent une multitude de milieux, de contextes historiques, de groupes raciaux et ethniques, de langues et de traditions culturelles. Malheureusement, certaines de ces collectivités sont touchées de façon disproportionnée par des facteurs sociaux, économiques et comportementaux qui, en plus d'accroître leur vulnérabilité au VIH, réduisent leur accès aux programmes de prévention, de dépistage et de traitement. Les problèmes généralement relevés dans la littérature sont le racisme, l'itinérance, les déménagements à répétition, la pauvreté, le sous-emploi et les préoccupations liées à l'installation au pays et au statut

d'immigration. À cela s'ajoutent d'autres obstacles à l'accès aux programmes : peur et stigmatisation, déni (comme mécanisme d'adaptation), isolement social, manque de soutien social, peur de la déportation et attitudes et sensibilités culturelles à l'égard de la transmission du VIH. Le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada*<sup>4</sup>, de l'ASPC, brosse un portrait complet de ces questions. Par ailleurs, un rapport sur la santé des migrants publié en 2010 par Santé Canada examine différents aspects, tels que les tendances migratoires, l'évolution des lois et politiques concernant la santé migratoire, les tendances dans les maladies chroniques chez les immigrants, la santé mentale, les maladies infectieuses et le recours aux services de santé<sup>5</sup>.

## Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH/sida au Canada

### Description et résumé de la méthodologie d'estimation

L'ASPC utilise plusieurs méthodes pour obtenir le tableau global de la prévalence de l'infection à VIH chez tous les Canadiens vivant avec le VIH (y compris le sida), que les cas soient diagnostiqués ou non. Ces méthodes font appel à des données statistiques provenant de multiples sources : surveillance systématique, surveillance de populations spécifiques/surveillance améliorée, information sur les comportements en matière de dépistage du VIH, données sur les programmes de traitement et hypothèses bien fondées. Grâce à cette combinaison de méthodes, l'ASPC produit deux types d'estimations :

1. la prévalence du VIH, soit le nombre de personnes vivant avec le VIH (y compris le sida);
2. l'incidence du VIH, soit le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH sur une période d'un an.

L'ASPC produit des estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada environ tous les trois ans. Ces estimations sont résumées ci-dessous. Pour une description détaillée de la méthode utilisée et des estimations nationales concernant le VIH pour 2008, veuillez consulter Yang *et al.*, « Estimates of the Number of Prevalent and Incident Human Immunodeficiency Virus Infections in Canada, 2008 »<sup>6</sup>.

## Estimations nationales de la prévalence du VIH/sida pour 2008

Les estimations nationales pour 2008 indiquent que le nombre de personnes vivant avec le VIH (y compris le sida) continue d'augmenter; il est passé de 57 000 personnes en 2005 à 65 000 en 2008 (une hausse de 14 %). Cette augmentation découle de deux facteurs : les nouveaux traitements améliorent la survie des personnes infectées et on continue de diagnostiquer de nouvelles infections.

On estime qu'à la fin de 2008, 9 250 des cas prévalents d'infection au Canada (14 %) concernaient des personnes originaires de pays où le VIH est endémique et qui ont été infectées par contact hétérosexuel (Tableau 13-2).

Malgré l'accès répandu aux traitements antirétroviraux et la promotion intensive du dépistage du VIH, on estime que 26 % des infections à VIH (environ 16 900 cas; de 12 800 à 21 000 personnes) demeuraient non diagnostiquées au Canada en 2008. Par ailleurs, le pourcentage estimatif de personnes vivant avec le VIH en 2008 qui ignoraient qu'elles étaient infectées variait selon la catégorie d'exposition. On estime que 35 % des personnes infectées ignorant leur séropositivité appartenaient à la catégorie d'exposition des hétérosexuels; cette catégorie englobe les personnes nées dans un pays où le VIH est endémique. Par comparaison, environ 19 % des personnes infectées de la catégorie d'exposition des HARSAH et 25 % des personnes infectées de la catégorie d'exposition des UDI ne savaient pas qu'elles étaient infectées par le VIH (Figure 13-3).

**Tableau 13-2 : Nombre estimatif total de cas prévalents d'infection à VIH au Canada, nombre estimatif de cas attribués aux contacts hétérosexuels et intervalles d'incertitude correspondants, fin de 2008 et de 2005 (les estimations ponctuelles, les intervalles et les pourcentages sont arrondis)**

Année	Nombre estimatif total de PVVIH/sida <sup>i</sup> au Canada	Nombre estimatif de cas prévalents d'infection à VIH attribués à la catégorie :	
		Hétérosexuels/VIH non endémique <sup>ii</sup>	Hétérosexuels/VIH endémique <sup>iii</sup>
<b>2008</b>	65 000 (54 000-76 000)	10 710 (8 300-13 100)	9 250 (6 800-11 700)
<b>%</b>		17 %	14 %
<b>2005</b>	57 000 (47 000-67 000)	9 050 (7 000-11 100)	7 860 (5 800-9 900)
<b>%</b>		16 %	14 %

<sup>i</sup> PVVIH/sida : personnes vivant avec le VIH/sida

<sup>ii</sup> Hétérosexuels/VIH non endémique : personnes ayant des contacts hétérosexuels avec une personne qui est infectée par le VIH ou à risque d'être infectée par le VIH, ou dont les contacts hétérosexuels constituent le seul facteur de risque connu

<sup>iii</sup> Hétérosexuels/VIH endémique : hétérosexuels venant d'un pays où le VIH est endémique

**Figure 13-3 : Estimation en pourcentage du nombre de personnes vivant avec le VIH qui ignorent qu'elles sont infectées, selon la catégorie d'exposition, Canada, 2008**

### Estimations nationales de l'incidence du VIH/sida pour 2008

Même si les estimations du nombre de nouvelles infections par le VIH sont très peu fiables, il semble que ce nombre (de 2 300 à 4 300 cas) soit resté inchangé en 2008 ou ait légèrement augmenté par rapport à celui de 2005 (de 2 200 à 4 200 cas).

Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique étaient surreprésentées en ce qui concerne les nouvelles infections. Le nombre de nouveaux cas d'infection attribués à la sous-catégorie d'exposition des hétérosexuels/VIH endémique (hét-endémique)<sup>c</sup>

variait de 370 à 690 (16 %) en 2008 (Tableau 13-3). Or, selon le recensement de 2006, environ 2,2 % de la population canadienne est née dans un pays où l'infection à VIH est endémique. Par conséquent, le taux estimatif de nouveaux cas d'infection chez ces personnes est environ 8,5 fois plus élevé que chez les autres Canadiens. La Figure 13-4 montre l'évolution du nombre estimatif de nouveaux cas d'infections à VIH au fil du temps, ainsi que les intervalles d'incertitude estimatifs. L'incidence estimative de l'infection à VIH attribuée à la sous-catégorie hét-endémique a augmenté régulièrement au fil des années, la hausse étant plus notable durant la décennie 1999 à 2008.

<sup>c</sup> On trouvera plus loin une description complète des catégories et sous-catégories d'exposition, dans la section intitulée « Surveillance systématique du VIH/sida (cas déclarés) ».

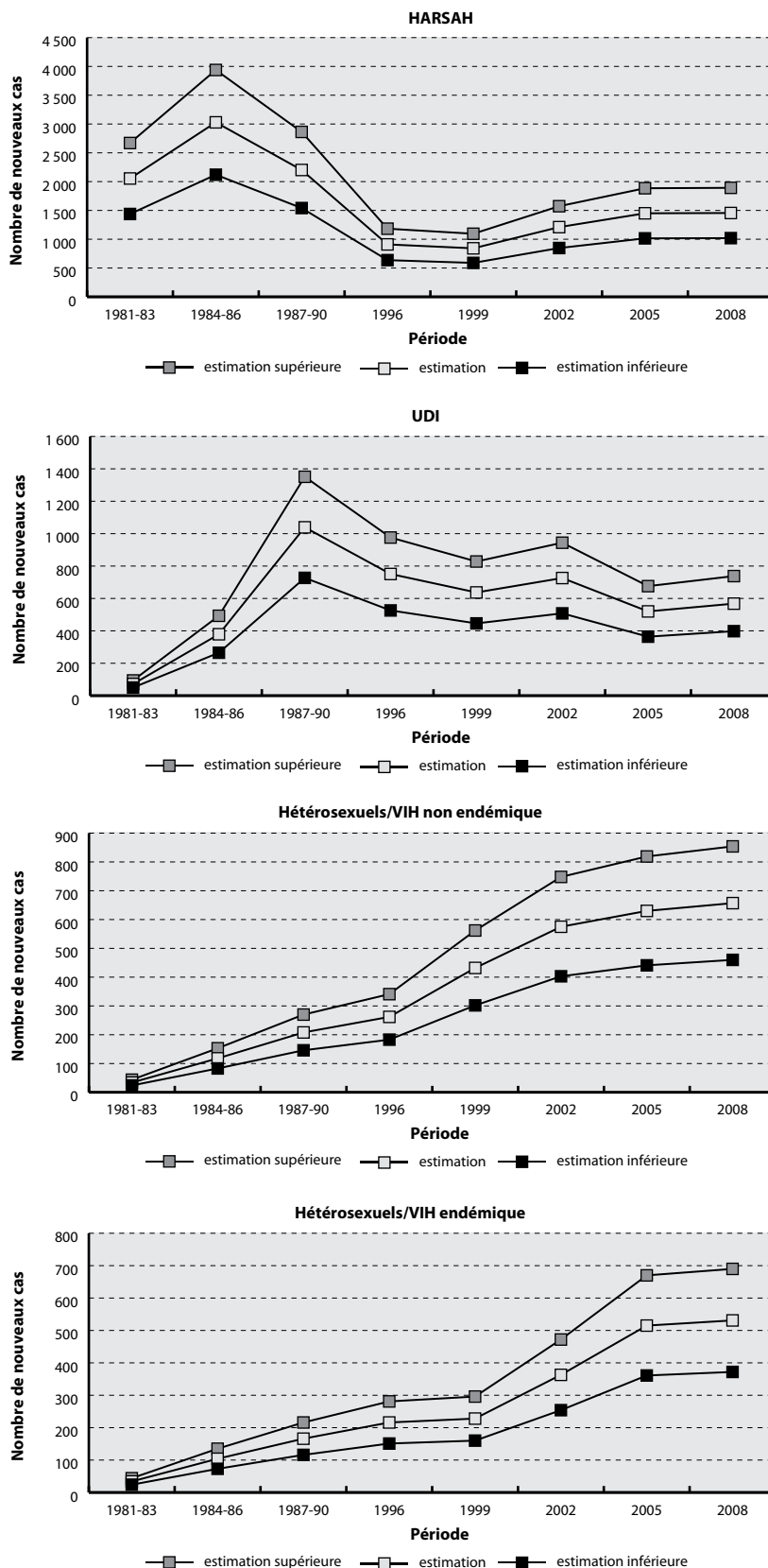
**Tableau 13-3 : Intervalles d'incertitude estimatifs pour le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH au Canada en 2008 et en 2005 (les intervalles et les pourcentages sont arrondis)**

	Total	Hétérosexuels/ VIH non endémique <sup>i</sup>	Hétérosexuels/ VIH endémique <sup>ii</sup>
<b>2008</b>	2 300-4 300	450-860	370-690
<b>%</b>		20 %	16 %
<b>2005</b>	2 200-4 200	440-820	360-670
<b>%</b>		20 %	16 %

<sup>i</sup> Hétérosexuels/VIH non endémique : personnes ayant des contacts hétérosexuels avec une personne qui est infectée par le VIH ou à risque d'être infectée par le VIH, ou dont les contacts hétérosexuels constituent le seul facteur de risque connu

<sup>ii</sup> Hétérosexuels/VIH endémique : hétérosexuels venant d'un pays où le VIH est endémique

**Figure 13-4 : Incidence estimative de l'infection à VIH au Canada selon la catégorie d'exposition et la période**



## Surveillance systématique du VIH/sida (rapports de cas)

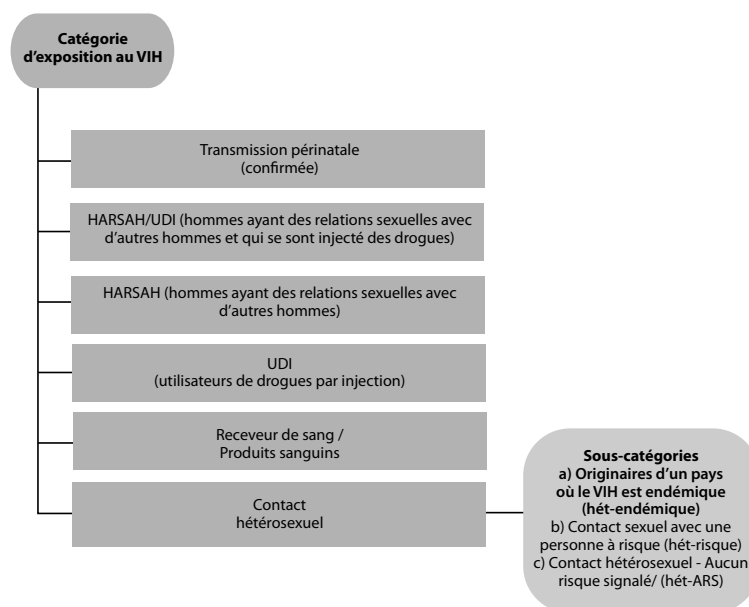
Le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'ASPC recueille des données de surveillance à partir des rapports de test positif pour le VIH et des diagnostics de sida déclarés au Canada. Les principaux renseignements épidémiologiques recueillis sont les suivants : âge, sexe biologique, pays de naissance, groupe racial/ethnique déclaré et facteurs de risque associés à la transmission du VIH. Dans les cas de sida, on recueille également les données concernant les décès. Toutes ces données sont transmises par les praticiens de la santé aux responsables de la santé publique des provinces et territoires qui, à leur tour, transmettent volontairement les rapports sur les nouveaux cas d'infection à VIH et de sida au Centre, où les données sont compilées et analysées à l'échelle nationale. La cueillette des données de surveillance comporte néanmoins des lacunes, par exemple, les rapports transmis tardivement, la sous-déclaration des cas, les renseignements manquants et les cas non diagnostiqués. (Pour une description détaillée de la surveillance du VIH/sida au Canada, on peut consulter le chapitre 3, intitulé « Systèmes de surveillance et tests de dépistage du VIH au Canada »<sup>7</sup>.)

### Catégories d'exposition au VIH

Au moment d'interpréter les données de surveillance nationale du VIH/sida, il faut garder à l'esprit que le terme « catégorie d'exposition » fait référence à la façon la plus probable dont une personne a été infectée par le VIH et que les cas sont attribués à une catégorie en fonction d'une hiérarchie d'exposition (Figure 13-5). Les six premières catégories sont les suivantes : transmission périnatale (confirmée), hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et qui utilisent des drogues par injection (HARSAH/UDI), hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), utilisateurs de drogues par injection (UDI), receveurs de sang/produits sanguins (avant

1985) et contact hétérosexuel. La catégorie d'exposition par contact hétérosexuel comporte trois sous-catégories : 1) contact sexuel avec une personne à risque, par exemple un utilisateur de drogues par injection, un homme bisexuel ou une personne originaire d'un pays où le VIH est endémique (hét-risque), 2) contact hétérosexuel et originaire d'un pays où le VIH est endémique (hét-endémique) et 3) contact hétérosexuel – aucun risque signalé, soit les cas où les contacts hétérosexuels sont le seul facteur de risque signalé (hét-ARS). Les cinq premières catégories sont généralement considérées comme représentant les voies de transmission du VIH les plus probables par comparaison aux relations hétérosexuelles; elles seront donc désignées en priorité comme catégorie d'exposition pour le cas. Il est important de souligner que dans le système de surveillance nationale, les cas de VIH/sida sont assignés une seule catégorie d'exposition, même si tous les facteurs de risque sont présents pour un cas donné. Un cas comportant plus d'un facteur de risque déclaré est classé dans la catégorie correspondant au risque le plus élevé de transmission du VIH selon la hiérarchie des catégories d'exposition.

Le présent chapitre des *Actualités en épidémiologie du VIH/sida* s'attarde principalement à la sous-catégorie des personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique (hét-endémique) de la catégorie globale d'exposition par contact hétérosexuel. Les cas de la sous-catégorie hét-endémique ont été présentés dans une classe distincte pour la première fois en 1998. À noter que cette sous-catégorie n'englobe que les personnes nées dans un pays où le VIH est endémique qui ont déclaré avoir été exposées au VIH en raison d'un contact hétérosexuel; les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique qui ont déclaré d'autres facteurs de risque, comme les HARSAH ou les UDI, ont été exclus de cette sous-catégorie. Ces personnes ont plutôt été classées dans des catégories d'exposition situées plus haut dans la hiérarchie.

**Figure 13-5 : Hiérarchie des catégories d'exposition dans le système national de surveillance du VIH/sida**

### Limites associées aux données clés

La surveillance adéquate du VIH/sida chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique exige l'accès à des données clés exactes et complètes, en particulier le pays de naissance et les facteurs de risque ou la catégorie d'exposition. Le pays de naissance peut être classé selon la liste des pays où le VIH est endémique figurant à l'annexe 1. Par ailleurs, l'interprétation des tendances observées parmi cette sous-population requiert l'analyse d'autres variables, notamment l'âge, le sexe et la race ou l'origine ethnique. Malheureusement, toutes ces données ne sont pas recueillies de manière similaire partout au Canada.

La surveillance nationale du VIH est limitée par le nombre de données manquantes concernant le pays de naissance et la catégorie d'exposition. En effet, entre 1998 et la fin de 2009, moins de 5 % des rapports de cas soumis font mention du pays d'origine, et la catégorie d'exposition n'apparaît que dans 53,6 % des cas d'infection à VIH diagnostiqués à l'échelle nationale. Les deux provinces les plus peuplées, l'Ontario et le Québec, n'indiquent pas de façon systématique le pays de naissance ou la catégorie d'exposition dans leurs rapports de test positif pour le VIH transmis à l'ASPC. Ces lacunes entravent sérieusement les efforts de surveillance nationale, ces deux provinces représentant plus des deux tiers de tous les rapports de test positif pour le VIH au Canada. C'est également dans ces provinces qu'on retrouve les deux grands centres urbains fortement multiethniques du pays (Toronto et Montréal).

Alors que la grande majorité des rapports de test positif pour le VIH contenaient des données sur les groupes d'âge et le sexe (94,8 % et 96,0 % respectivement), la race ou l'origine ethnique n'était indiquée que dans moins du tiers des cas (31,1 %) entre 1998 et la fin de 2009, ce qui empêche toute description précise de l'épidémie de VIH/sida parmi les collectivités ethniques au Canada.

Les données clés sont plus complètes dans les déclarations de cas de sida. Le pays de naissance est indiqué dans 43 % des cas et 78 % des rapports transmis de 1998 à la fin de 2009 faisaient état de la catégorie d'exposition. Les données sur l'âge et le sexe sont complètes à 99,9 %, mais le groupe racial ou ethnique n'est mentionné que dans 72 % des cas de sida déclarés entre 1998 et la fin de 2009. Cependant, de nouvelles lacunes sont apparues ces dernières années dans la déclaration des cas de sida. Depuis le 30 juin 2003, les données sur les cas de sida (et par conséquent sur la catégorie d'exposition) ne sont plus recueillies au Québec. En outre, depuis le milieu de l'année 2005, les rapports de cas de sida de l'Ontario ne mentionnent plus ni la catégorie d'exposition ni la race ou l'origine ethnique en raison d'une modification de l'application logicielle, changement qui touche toutes les maladies à déclaration obligatoire.

Bref, les données de surveillance présentées ici ne permettent pas de brosser un portrait national représentatif de l'épidémie de VIH/sida parmi les personnes originaires de pays où le VIH est endémique en raison du grand nombre de données manquantes et du fait que la sous-catégorie d'exposition des personnes originaires de pays où le VIH est endémique ne représente pas toutes les personnes qui devraient y figurer. Par conséquent, il faut faire preuve de prudence dans les conclusions à tirer à partir des pourcentages et des taux de fréquence fournis.

### Surveillance nationale du sida

Depuis le début de la surveillance du sida en 1979, 21 681 nouveaux diagnostics de sida ont été déclarés à l'ASPC en date du 31 décembre 2009. On a déclaré 224 cas de sida en 2009, soit une baisse de 28,2 % par rapport à l'année précédente. De 1998 à 2009, 423 diagnostics de sida (parmi les personnes âgées de 15 ans

L'analyse des catégories d'exposition en fonction de la race ou de l'origine ethnique auto-déclarée révèle que les Noirs forment 78,8 % des cas de sida dans la sous-catégorie hét-endémique, les Asiatiques du Sud/de l'Ouest/Arabes, 18,6 % et les Latino-américains, 8,2 %.

En ce qui concerne la race ou l'origine ethnique des personnes atteintes de sida de la sous-catégorie d'exposition hét-endémique, on constate que près de 90 % d'entre elles sont des Noirs, les Asiatiques du Sud et les Blancs formant les autres groupes ethniques les plus importants, affichant chacun une proportion de 2,5 %.

Si l'on examine les cas de sida de la sous-catégorie hét-endémique selon le groupe d'âge, on ne distingue aucune tendance dans les données compilées depuis 1998. Parmi les 423 cas de sida déclarés entre 1998 et 2009, la plus forte proportion de cas, soit 43,5 %, se retrouvait dans le groupe des 30 à 39 ans, suivi par le groupe des 40 à 49 ans, où elle s'élevait à 31,9 %.

**Tableau 13-4 : Nombre et proportion de cas de sida déclarés chez les personnes de 15 ans et plus appartenant aux sous-catégories d'exposition par contact hétérosexuel, 1998-2009**

Catégorie d'exposition	Cas de sida déclarés chez les personnes de 15 ans et plus, 1998-2009 (n = 3 708)
<b>Contact hétérosexuel</b>	<b>1 090</b>
Personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique (hét-endémique)	423 (38,8 %)
Contact hétérosexuel avec une personne à risque (hét-risque)	307 (28,2 %)
Contact hétérosexuel – Aucun risque signalé (hét-ARS)	360 (33,0 %)

et plus) ont été déclarés dans la sous-catégorie d'exposition hét-endémique, le pic annuel de 60 cas ayant été atteint en 2002. Cette sous-catégorie représentait 11,4 % des cas de sida chez les 15 ans et plus dont on connaissait les facteurs de risque recensés depuis 1998. La proportion la plus élevée de cas de sida dans la sous-catégorie hét-endémique a aussi été atteinte en 2002, soit 16,2 % des cas déclarés cette année-là. La proportion la plus faible, soit 6,0 %, a été observée en 2007.

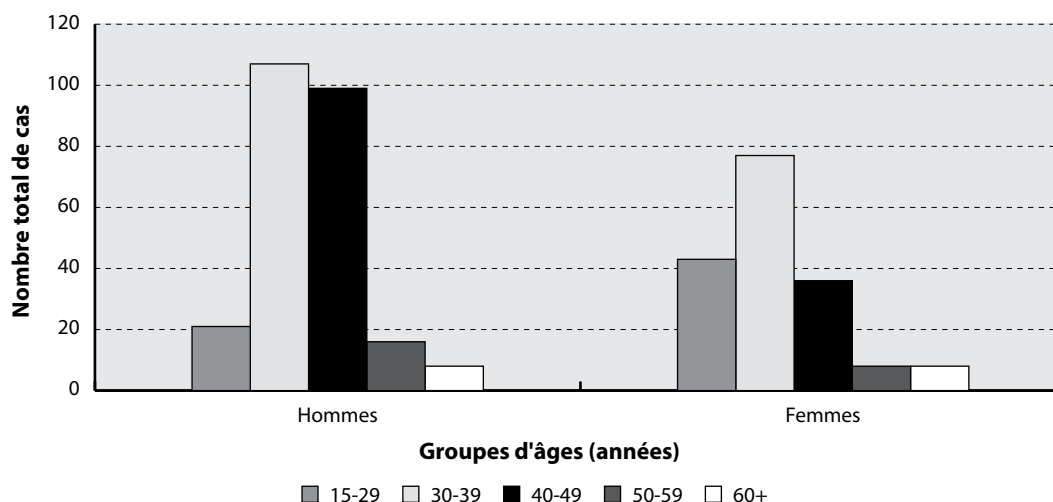
Les 1 090 diagnostics de sida attribués à la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel forment 29,4 % de tous les cas confirmés dans le groupe des 15 ans et plus dont on connaissait la catégorie d'exposition durant la période de 1998 à 2009. C'est dans la sous-catégorie hét-endémique qu'on retrouve la plus forte proportion de cas de sida attribués à la catégorie globale d'exposition par contact hétérosexuel depuis 1998, soit 38,8 % (Tableau 13-4).

Quand on ventile le groupe d'âge selon le sexe, on observe une différence entre les hommes et les femmes dans le diagnostic des cas de sida au sein de la sous-catégorie hét-endémique. Selon le nombre cumulatif de rapports de cas de sida attribués à cette sous-catégorie, les femmes reçoivent leur diagnostic de sida à un âge plus précoce que les hommes. Ainsi, dans le groupe des 15 à 29 ans, les cas de sida sont deux fois plus nombreux chez les femmes que chez les hommes (43 vs 21). C'est le seul groupe d'âge de cette sous-catégorie où l'on compte plus de femmes que d'hommes vivant avec le sida (Figure 13-6).

Globalement, les femmes de 15 ans et plus représentent 17,4 % de l'ensemble des cas de sida déclarés à l'échelle nationale de 1998 à 2009. De toutes les catégories d'exposition, c'est dans le groupe hét-endémique qu'on retrouve la plus forte proportion de femmes, soit 40,7 %.



**Figure 13-6 : Nombre total de cas de sida déclarés chez les personnes de 15 ans et plus attribués à la sous-catégorie hétéro-épidémique, selon le groupe d'âge et le sexe, 1998-2009**



### Surveillance nationale du VIH

Depuis le début de la déclaration des cas d'infection à VIH en 1985 jusqu'au 31 décembre 2009, un total de 69 844 rapports de test positif pour le VIH ont été déclarés à l'ASPC. Le Tableau 13-5 résume les données de surveillance du VIH pour la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel en ce qui concerne les rapports de test positif chez les personnes de 15 ans et plus

dont on connaît la catégorie d'exposition pour la période de 1998 à 2009 ( $n = 15\ 131$ ). On a dénombré dans la sous-catégorie hétéro-épidémique 986 rapports de test positif pour le VIH, ce qui représente 6,5 % des rapports compilés à l'échelle nationale indiquant la catégorie d'exposition. Parmi la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel ( $n = 4\ 582$ ), 21,5 % des cas étaient attribués à la sous-catégorie hétéro-épidémique.

**Tableau 13-5 : Nombre et proportion de rapports de test positif pour le VIH chez les personnes âgées de 15 ans et plus classées dans la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel, 1998-2009**

Sous-catégories d'exposition par contact hétérosexuel	Nombre de cas	Pourcentage du nombre total de cas déclarés ( $n = 15\ 131$ <sup>1</sup> )	Pourcentage de la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel ( $n = 4\ 582$ )
Personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique (hétéro-épidémique)	986	6,5 %	21,5 %
Contact hétérosexuel avec une personne à risque (hétéro-risque)	1 935	12,8 %	42,2 %
Contact hétérosexuel – Aucun risque signalé (hétéro-ARS)	1 661	11,0 %	36,3 %

Source : *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2009*

<sup>1</sup>  $n$  = nombre de cas comportant des renseignements sur la catégorie d'exposition

Les pourcentages sont fondés sur le nombre total de rapports moins ceux pour lesquels la catégorie d'exposition n'était pas indiquée ou pour lesquels aucun risque n'était signalé (ARS).

## Tendances observables – Tendance temporelle dans la sous-catégorie d'exposition hét-endémique

Le nombre annuel absolu de rapports de test positif pour le VIH dans le groupe des 15 ans et plus attribués à la sous-catégorie hét-endémique est passé de 35 en 1998 à un sommet de 123 en 2006 (Figure 13-7). La proportion annuelle de rapports de test positif pour le VIH attribués à la sous-catégorie d'exposition hét-endémique a aussi augmenté, passant de 3,0 % en 1998 à un pic de 9,2 % en 2006. En 2009, elle s'établissait à 5,5 %.

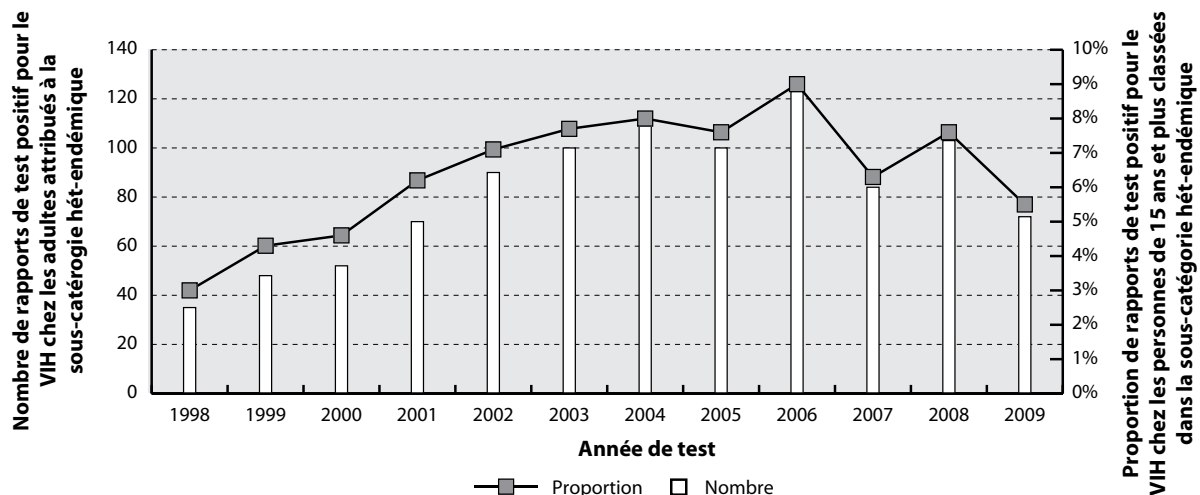
La hausse observée dans le nombre de rapports de test de dépistage du VIH attribué à la sous-catégorie d'exposition hét-endémique peut être associée à plusieurs facteurs : augmentation réelle des nouveaux cas d'infection parmi les personnes nées dans un pays où le VIH est endémique, amélioration de la déclaration des cas de cette catégorie dans les provinces et territoires ou hausse du nombre de tests de dépistage du VIH dans cette population. Une autre explication est possible : l'augmentation du nombre d'immigrants ou de tests

chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique déjà infectées avant leur arrivée au Canada. Les nouvelles politiques de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC)<sup>8</sup> pourraient expliquer en partie la hausse du nombre de tests positifs pour le VIH déclarée après 2001. Les principaux changements apportés aux politiques d'immigration sont résumés plus loin dans le présent chapitre, à la section intitulée « Immigration ».

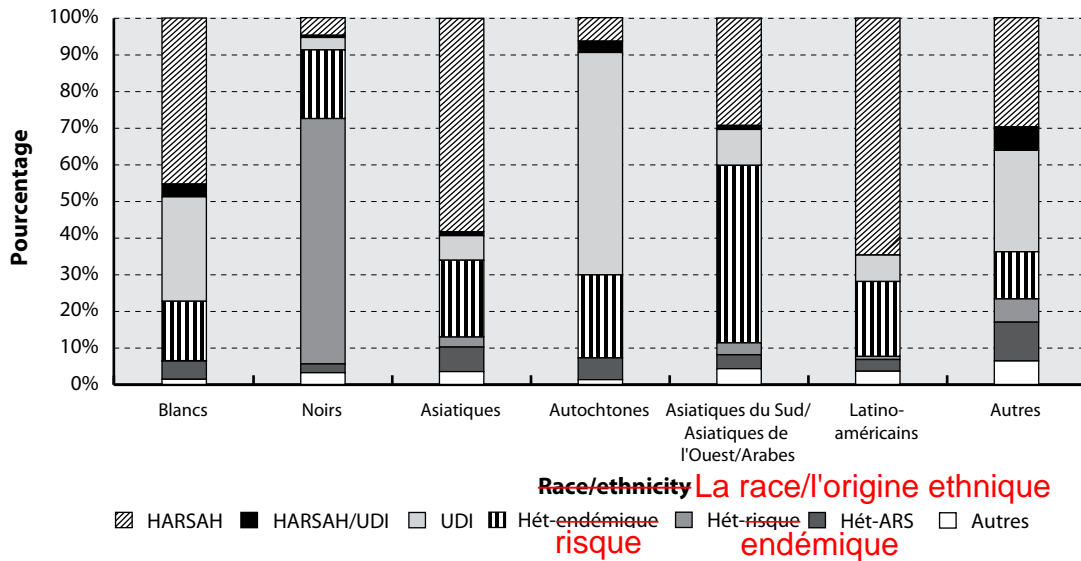
## Tendances observables – Rapports de test positif pour le VIH selon la race ou l'origine ethnique

Des 986 rapports de test positif pour le VIH attribués à la sous-catégorie d'exposition hét-endémique pour la période de 1998 à 2009, 605 contenaient des renseignements sur la race ou l'origine ethnique. Dans ces rapports mentionnant l'origine ethnique, on retrouvait 95,5 % de Noirs, 1,3 % d'Asiatiques et 1,2 % de Blancs. La Figure 13-8 illustre la proportion de rapports de test positif pour le VIH attribués à chaque catégorie d'exposition selon la race ou l'origine ethnique.

**Figure 13-7 : Nombre et proportion de rapports de test positif pour le VIH chez les personnes âgées de 15 ans et plus classées dans la sous-catégorie d'exposition hét-endémique, selon l'année, 1998-2009**



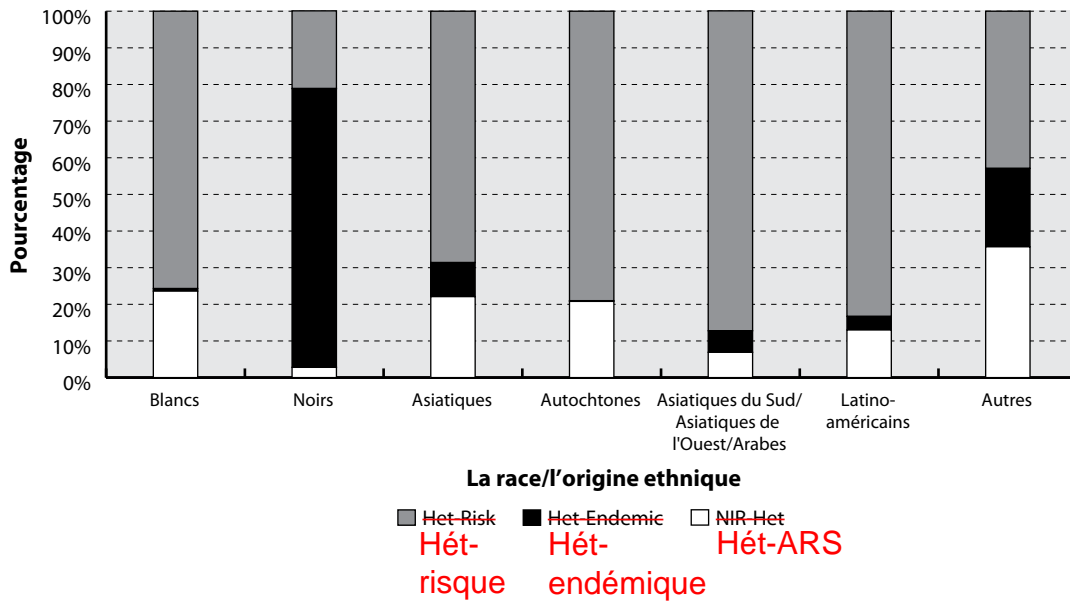
**Figure 13-8 : Proportion de rapports de test positif pour le VIH parmi les personnes de 15 ans et plus, selon la catégorie d'exposition et l'origine ethnique, 1998-2009**



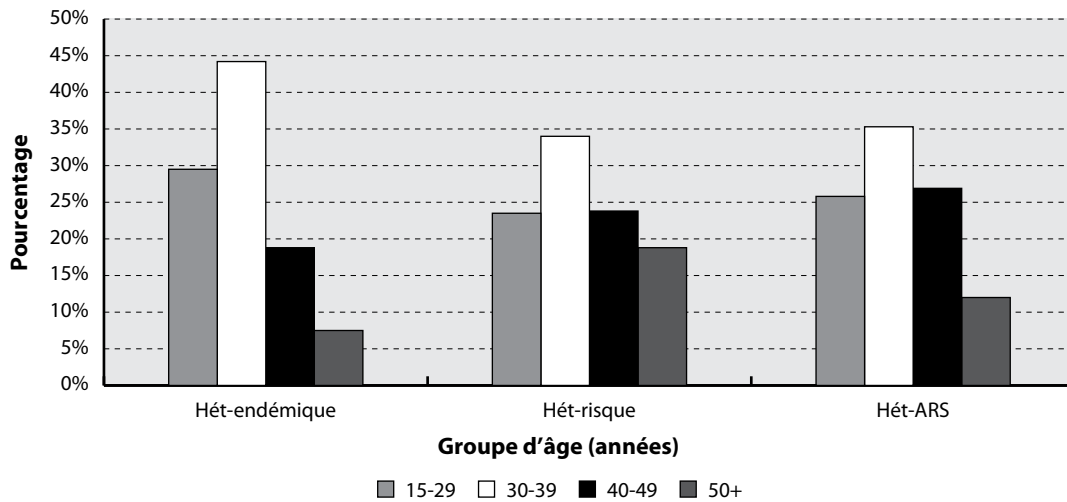
La Figure 13-9 montre la répartition des rapports de test positif pour le VIH attribués aux différentes sous-catégories d'exposition par contact hétérosexuel, selon la race ou l'origine ethnique. C'est chez les Noirs de la sous-catégorie d'exposition hétérosexuelle qu'on

observe la plus forte proportion de rapports de test positifs, soit 76,1 % des cas. Viennent ensuite le groupe « Autres », avec 21,4 %, les Asiatiques, avec 9,3 %, et le groupe des Asiatiques du Sud/Asiatiques de l'Ouest/Arabes, avec 5,9 %.

**Figure 13-9 : Proportion de rapports de test positif pour le VIH parmi les personnes de 15 ans et plus classées dans les sous-catégories d'exposition par contact hétérosexuel, selon la race ou l'origine ethnique, 1998-2009**



**Figure 13-10 : Répartition selon l'âge (groupes d'âge, en années) des rapports de test positif pour le VIH chez les personnes de 15 ans et plus dans les sous-catégories d'exposition par contact hétérosexuel, 1998-2009**



### Tendances observables – Rapports de test positif pour le VIH parmi les groupes d'âge les plus jeunes

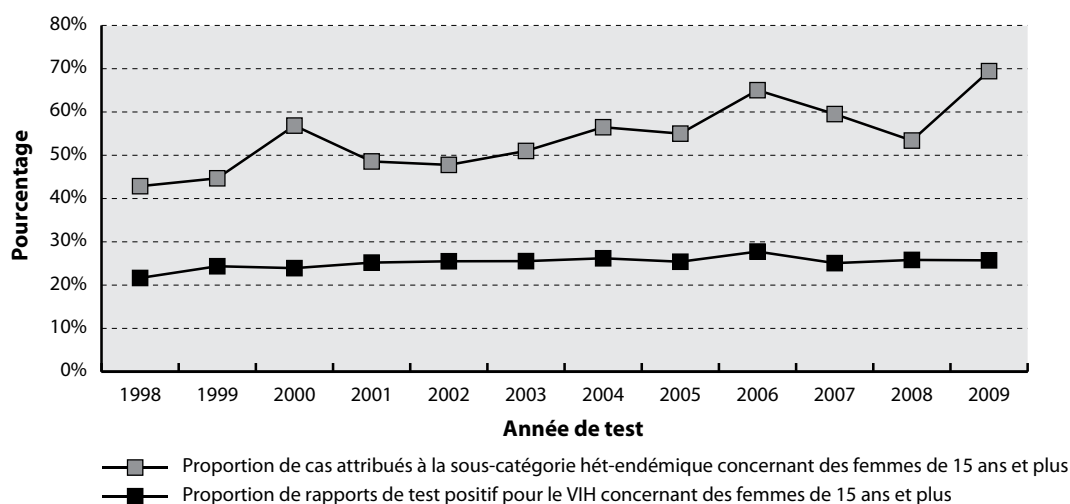
L'examen des rapports de test positif pour le VIH selon le facteur de l'âge révèle que la sous-catégorie hét-endémique se distingue des autres sous-catégories d'exposition par contact hétérosexuel. Sur l'ensemble des rapports colligés de 1998 à la fin de 2009 attribués à la sous-catégorie hét-endémique, 73,7 % concernaient des personnes de 15 à 39 ans (dont 29,5 % âgées de 15 à 29 ans et 44,2 % âgées de 30 à 39 ans). Ces proportions sont nettement plus élevées que celles de 57,4 % et de 61,0 % enregistrées dans les sous-catégories hét-risque et hét-ARS pour le même groupe d'âge (Figure 13-10). Ces données semblent indiquer que les cas d'infection à VIH attribués à la sous-catégorie hét-endémique sont diagnostiqués à un âge plus précoce.

### Tendances observables – Rapports de test positif pour le VIH chez les femmes

On a observé que 25,3 % des rapports de test positif pour le VIH indiquant le sexe du sujet pour la période de 1998 à 2009 concernaient des femmes de 15 ans et plus. Toutefois, durant cette même période, la proportion était très différente dans la sous-catégorie hét-endémique, les femmes représentant alors 55,3 % des cas (Figure 13-11). Cette sous-catégorie est également la seule de la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel où les femmes sont plus nombreuses que les hommes.

Par comparaison aux autres sous-catégories d'exposition par contact hétérosexuel, la sous-catégorie hét-endémique comptait la plus forte proportion de femmes âgées de 15 ans et plus (Tableau 13-6).

**Figure 13-11 : Proportion de rapports de test positif pour le VIH concernant des femmes de 15 ans et plus, selon l'année, présentée séparément pour l'ensemble des rapports de test positif pour le VIH et pour les cas attribués à la sous-catégorie d'exposition hétéro-épidémique, 1998-2009**



**Tableau 13-6 : Nombre et proportion de femmes de 15 ans et plus parmi les rapports de test positif pour le VIH dans les sous-catégories d'exposition par contact hétérosexuel, 1998-2009**

Sous-catégories d'exposition par contact hétérosexuel	Nombre de rapports de test positif pour le VIH (15 ans et plus)	Nombre (%) de femmes âgées de 15 ans et plus
Personnes originaires de pays où le VIH est endémique (hétéro-épidémique)	983	544 (55,3 %)
Contact sexuel avec une personne à risque (hétéro-risque)	1 933	886 (45,8 %)
Contact hétérosexuel – Aucun risque signalé (hétéro-ARS)	1 661	680 (40,9 %)

Sources : *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2009* et données de surveillance du VIH

### Femmes en âge de procréer et transmission périnatale

Comme les femmes forment plus de la moitié des cas d'infection à VIH dans la sous-catégorie d'exposition hétéro-épidémique et que l'épidémie de VIH semble toucher davantage les plus jeunes de cette sous-catégorie, il est important de se pencher sur le cas des femmes en âge de procréer (entre 15 et 44 ans) et sur le risque de transmission périnatale du VIH. Le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada recueille des données sur le statut sérologique des nourrissons nés de femmes infectées par le VIH dans le cadre d'une enquête nationale anonyme portant sur les nourrissons traités par des pédiatres dans des centres de soins tertiaires et par des spécialistes du VIH dans des cliniques médicales partout au Canada. Le Groupe canadien de recherche sur le sida

chez les enfants collige l'information sur la catégorie d'exposition des mères, l'accès aux traitements préventifs et les cas de séroconversion confirmée chez les nourrissons après leur exposition au virus.

Entre 1984 et 2010, un total de 3 317 nourrissons ont été exposés au VIH durant la période périnatale au Canada. La majorité de ces nourrissons (75,7 %) aient été exposés durant la période de 1996 à 2010, et 33,9 % d'entre eux sont des cas confirmés d'infection à VIH, soit une proportion nettement inférieure au pourcentage de nourrissons exposés au virus et qui ont été infectés entre 1984 et 1995 (66,1 %). Cette baisse de la transmission périnatale coïncide avec l'introduction des traitements antirétroviraux chez les femmes enceintes séropositives. Depuis 2006, le nombre de nourrissons exposés au virus et qui ont été infectés au pays est inférieur à 8 par année.

Entre 1984 et 2010, la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel englobait 72,9 % des cas d'infection à VIH chez les mères.

La Figure 13 résume les données sur la région d'origine des mères de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale classées dans la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel. Le pays de naissance de la mère se trouvait le plus souvent en Amérique du Nord, en Afrique et dans les Caraïbes, mais même si ces trois régions représentaient au moins 90 % des cas maternels, les proportions ont changé au fil des années. Entre 1984 et 1996, les mères nées en Amérique du Nord formaient 30,0 % des cas maternels, les mères originaires des Caraïbes, 30,4 % et les mères venant d'Afrique, 28,7 %. Avec le temps, la proportion de nourrissons exposés au virus de mères nord-américaines s'est stabilisée, tandis que les proportions de femmes dans les deux autres régions ont changé. En 2010, la proportion de nourrissons nés de mères d'origine africaine a augmenté à 51,5 %, tandis que celle des enfants exposés au VIH nés de femmes venant des Caraïbes a chuté à 9,1 %.

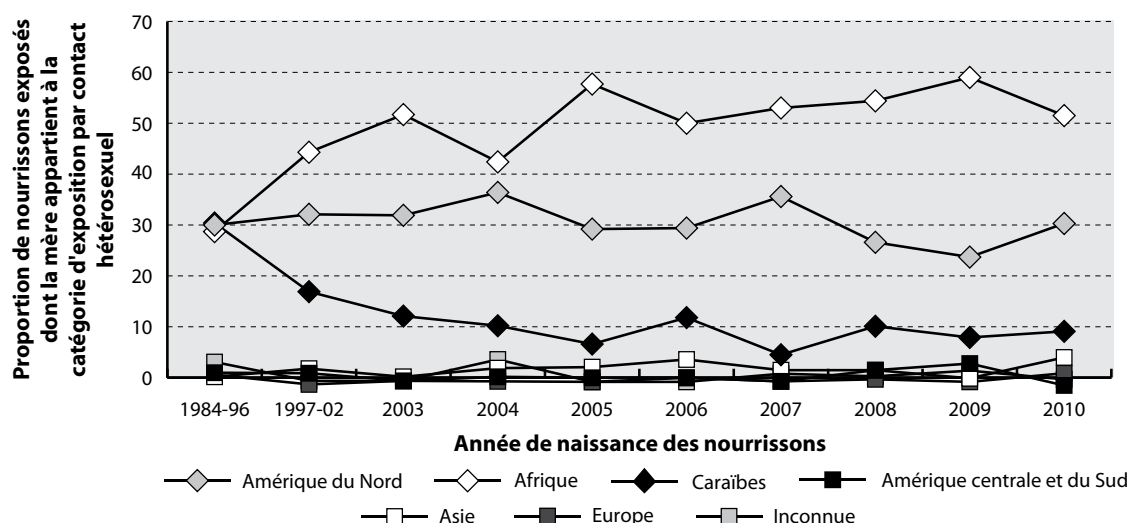
Parmi les 3 317 cas de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale recensés entre 1984 et 2010, on a dénombré 566 cas d'infection à VIH confirmés. On note cependant que la proportion de cas d'infection confirmés chez les nourrissons dont la mère appartenait à la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel et dont on connaissait le statut sérologique ( $n = 2\ 163$ ) est beaucoup plus élevée dans le groupe des mères originaires des Caraïbes. Pour l'ensemble des enfants exposés au VIH au Canada de 1984 à 2010, le taux moyen de séroconversion chez les nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale est de 17,8 %. Les données

cumulatives signalées à CPHSP indiquent que 26,2 % des cas d'infection confirmés étaient des nourrissons de mères nées dans les Caraïbes, une proportion plus élevée que chez les nourrissons de mères originaires d'Afrique (17,9 %) et d'Amérique du Nord (12,7 %).

Il faut tenir compte de trois limites importantes au moment d'interpréter ces données. Tout d'abord, bien que les nourrissons exposés au virus aient été divisés selon la région d'origine de la mère (p. ex. l'Afrique, l'Amérique du Nord), cette classification n'indique pas si la mère vient d'un pays où le VIH est endémique. (Voir à l'Annexe 1 la liste des pays où le VIH est endémique.) Deuxièmement, il convient de noter que les cas maternels présentés ci-dessous ont été attribués à la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel, qui englobe trois sous-groupes : les personnes originaires de pays où le VIH est endémique (hét-endémique), les contacts sexuels avec une personne à risque (hét risque) et les contacts hétérosexuels sans aucun risque signalé (hét-ARS). Enfin, les données présentées ne reflètent probablement pas le nombre total de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale, car ce ne sont pas toutes les femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique.

Même si la totalité des provinces et territoires du Canada encouragent le dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes ou celles qui envisagent d'avoir un enfant, on constate que la mise en œuvre de cette politique varie d'une administration à l'autre. Pour en savoir plus sur la question de la transmission périnatale, voir le chapitre 7 des *Actualités en épidémiologie du VIH/sida*<sup>7</sup>, intitulé « Transmission périnatale du VIH au Canada ».

**Figure 13-12 : Région d'origine des mères de la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel dont les nourrissons ont été exposés au VIH durant la période périnatale, 1984-2010**



### Données de surveillance de l'Ontario et du Québec

Comme on l'a vu plus tôt, les deux provinces canadiennes les plus peuplées, l'Ontario et le Québec, ne recueillent pas ou ne transmettent pas systématiquement à l'ASPC, dans les rapports de test positif, les données telles que le pays de naissance, la race ou l'origine ethnique et la catégorie d'exposition. Les prochaines sections fournissent néanmoins un bref aperçu des données de surveillance sur le VIH et le sida recueillies à l'échelle provinciale, car une bonne proportion de la population cible réside en Ontario et au Québec. Pour obtenir plus de précisions et une interprétation des données, veuillez consulter les sources mentionnées. À noter que les sections qui suivent conservent la même terminologie que celle qui est utilisée dans les documents de référence en ce qui concerne le sexe biologique (homme/femme) et le genre (ou sexe social).

#### Ontario

L'Unité de surveillance épidémiologique du VIH en Ontario produit un rapport annuel sur la situation du VIH/sida dans cette province. L'information tirée du rapport de 2008<sup>9</sup> concernant les Ontariens originaires de pays où le VIH est endémique est résumée ci-dessous.

- Entre octobre 1985 et décembre 2008, on a diagnostiqué un nombre cumulatif total de 29 787 infections à VIH en Ontario. Parmi les cas dont on connaît la catégorie d'exposition, 3,8 % (n = 554) ont été attribués à la catégorie d'exposition VIH endémique (personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique); dans cette catégorie, on comptait 53 % d'hommes, 45 % de femmes et 2 % de personnes dont on ignorait le sexe.
- Après correction permettant de tenir compte de l'absence de données sur le sexe et la catégorie d'exposition, on obtient un taux de 12,5 % (n = 3 723) de diagnostics d'infection à VIH en Ontario attribués à la catégorie d'exposition VIH endémique pour la période de 1985 à 2008. La proportion de cas annuels d'infection à VIH attribués à cette catégorie est passée de moins de 5 % avant 1990 à 22,9 % en 2008.
- Selon l'analyse des données corrigées de l'Ontario, la proportion de femmes dans la catégorie d'exposition VIH endémique était de 52,4 % pour la période de 1985 à 2008; il s'agit de la seule catégorie où les femmes sont plus nombreuses que les hommes.

- Pour toute la période de 1985 à 2008, 42,6 % des diagnostics de VIH en Ontario chez les femmes et 7,0 % chez les hommes étaient attribués à la catégorie VIH endémique (données corrigées).
- Entre 1981 et 2008, 8 788 cas de sida ont été signalés en Ontario. Après correction permettant de tenir compte des données manquantes sur la catégorie d'exposition, les personnes originaires de pays où le VIH est endémique représentaient 8,0 % de l'ensemble des cas et 35,5 % de ces personnes étaient des femmes.
- De 1984 à 2008, 860 femmes séropositives pour le VIH ont donné naissance en Ontario à 137 nourrissons infectés. La majorité de ces nourrissons (n = 74, 54 %) sont nés de mères originaires de pays où le VIH est endémique.
- Chez les femmes, la sous-catégorie hét-endémique représentait environ 40 % à 55 % des cas annuels, cette proportion n'étant que de 5 % à 10 % chez les hommes.
- Parmi l'ensemble des personnes de la sous-catégorie hét-endémique (n = 956), 46,3 % ont déclaré être originaires des Caraïbes et 52,8 %, de l'Afrique subsaharienne.
- Sur les 505 nouveaux cas déclarés entre 2002 et juin 2010 dans le groupe des femmes âgées de 15 à 55 ans, 16,4 % (n = 83) ont été diagnostiqués durant la grossesse. La majorité des cas diagnostiqués durant la grossesse (68,7 %; 57/83) étaient des femmes ayant immigré de pays de l'Afrique subsaharienne ou d'Haïti.

### Québec

Le programme de surveillance de l'infection par le VIH du Québec existe depuis avril 2002. Le rapport produit dans le cadre du programme présente l'information en deux volets : 1) les nouveaux diagnostics (c.-à-d. ceux qui n'avaient jamais fait auparavant l'objet d'un test ou dont les tests antérieurs étaient négatifs); et 2) tous les diagnostics (y compris les diagnostics antérieurs, c.-à-d. ceux qui ont déjà fait l'objet d'un test positif, d'un test non nominatif ou anonyme, d'un test effectué dans une autre province, etc.). L'information concernant les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, tirée du rapport de juin 2010,<sup>10</sup> est résumée ci-dessous.

- Pour la période d'avril 2002 à juin 2010, on dénombre au total 6 107 cas d'infection à VIH (tous les diagnostics) au Québec. Parmi les cas où l'origine ethnique du sujet est connue, 9,4 % (564) étaient des personnes provenant de l'Afrique subsaharienne et 8,8 % (529) étaient originaires des Caraïbes (Haïti, Jamaïque, autre pays et pays inconnu).
- La proportion de tests positifs pour le VIH associés à ces deux régions au Québec était plus élevée chez les femmes que chez les hommes : 28,0 % vs 4,5 % pour la région de l'Afrique subsaharienne et 20,7 % vs 5,6 % pour les Caraïbes.
- Entre 2002 et juin 2010, 956 cas diagnostiqués au Québec ont été attribués à la sous-catégorie d'exposition hét-endémique, représentant 15,7 % de l'ensemble des cas. Les femmes formaient 61,3 % des cas recensés de 2002 à 2009 attribués à la sous-catégorie hét-endémique.

## Données de surveillance améliorée/ populations cibles

### Contexte

Dans le cadre de l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*, l'ASPC surveille l'évolution de la prévalence de l'infection à VIH et des comportements à risque associés à la maladie au sein des populations vulnérables du Canada, et ce, grâce à des programmes de surveillance améliorée (surveillance des comportements et surveillance biologique) appelés systèmes Track. Le principal objectif de ces systèmes est de décrire l'évolution de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH, les comportements à risque et les pratiques en matière de dépistage du VIH, de l'hépatite C et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) dans chaque population. Pour une description détaillée des systèmes de surveillance Track, on peut consulter le chapitre 3 des *Actualités en épidémiologie du VIH/sida*<sup>7</sup>, intitulé « Systèmes de surveillance et tests de dépistage du VIH au Canada ».



## Système E-Track

### Description

Le projet de système de surveillance E-Track a été piloté par l'ASPC en collaboration avec des chercheurs du Québec dans le cadre de l'étude sur les Québécois d'origine haïtienne (QOH); il a été réalisé entre 2007 et 2008<sup>d</sup>. Les objectifs de l'étude sont les suivants :

- Déterminer la prévalence de l'infection à VIH, de l'hépatite C et de la syphilis;
- Décrire comment les facteurs démographiques, le statut d'immigration et les comportements sexuels à risque contribuent à la prévalence de ces maladies;
- Comparer les indicateurs de l'infection et des risques aux résultats d'une étude antérieure sur les QOH effectuée en 1994.

Pour être admissibles à cette étude transversale à participation volontaire et anonyme, les sujets potentiels devaient être des Québécois âgés de 15 à 49 ans nés en Haïti ou ayant au moins un parent né en Haïti. Les participants à l'étude ont été recrutés dans des cliniques de médecine générale de Montréal et lors d'événements communautaires importants pour la communauté haïtienne.

Les résultats de l'étude sur les QOH ainsi que des données tirées d'autres études indépendantes sont présentés ci-dessous. (Voir la section intitulée « Résumé des récentes données sur le VIH : prévalence, incidence et comportements à risque chez les Canadiens originaires de pays où le VIH est endémique ».)

On travaille actuellement à élaborer à Montréal et en Ontario des enquêtes E-Track qui porteront sur des résidents de lieux sentinelles qui sont originaires de pays de l'Afrique subsaharienne et des Caraïbes où le VIH est endémique.

## Résumé des récentes données sur le VIH : prévalence, incidence et comportements à risque chez les Canadiens originaires de pays où le VIH est endémique

En plus de la surveillance systématique et améliorée du VIH et de l'établissement d'estimations nationales, on poursuit les recherches sur la prévalence et l'incidence du VIH de même que sur les comporte-

ments à risque parmi les Canadiens originaires de pays où le VIH est endémique. La section qui suit présente un résumé des études publiées dans des revues à comité de lecture ou présentées lors de réunions scientifiques entre le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et le 31 janvier 2011. À noter que ce résumé conserve la même terminologie que celle qui est utilisée dans les documents de référence en ce qui concerne le sexe biologique (homme/femme) et le genre (ou sexe social).

### Prévalence du VIH

À ce jour, on possède très peu de données empiriques sur le fardeau que représente l'infection à VIH chez les Canadiens originaires de pays où le VIH est endémique. Ce champ de recherche est toutefois en croissance et des études en cours ont déjà produit des résultats qui ont été publiés. Bien qu'on n'ait pu trouver d'études publiées mesurant l'incidence du VIH sur les Canadiens originaires de pays où le VIH est endémique, une étude portant sur la prévalence du VIH a retenu l'attention; elle est décrite ici succinctement.

#### Ontario

L'étude EAST avait pour but d'estimer la prévalence du VIH chez les immigrants venant de pays de l'Afrique de l'Est, soit l'Éthiopie, le Kenya, la Somalie, la Tanzanie et l'Ouganda. La présence d'une infection à VIH était déterminée à partir d'un test de détection des anticorps anti-VIH dans la salive et des déclarations des sujets au cours d'une entrevue. La prévalence du VIH, établie à l'aide de la combinaison des données biologiques et des déclarations des sujets, était de 2,9 % (IC à 95 % : 1,3 %-4,4 %); elle s'élevait à 2,7 % (IC à 95 % : 0,06 %-5,3 %) chez les hommes et à 1,7 % (IC à 95 % : 0,0 %-3,6 %) chez les femmes. Une analyse plus poussée tenant compte de la méthode d'échantillonnage non aléatoire indique toutefois que la prévalence sous-jacente était proche de 1,2 % (IC à 95 % : 0,03 %-2,4 %)<sup>12,13</sup>.

### Pratiques en matière de dépistage du VIH

- Dans l'étude EAST, 75 % des participants (340/456) avaient subi un test de dépistage du VIH à au moins une occasion et, pour plus de la moitié d'entre eux (66 %), à des fins d'immigration. Dans un modèle multivarié, les sujets suivants étaient plus nombreux à avoir subi le test du VIH : ceux qui étaient âgés de 25 à 39 ans; ceux qui avaient subi un examen médical au cours des deux dernières années; ceux dont le médecin leur avait recommandé de subir le test; les immigrants récemment arrivés au Canada; ceux qui avaient peu de préjugés à l'égard du VIH/sida; et ceux qui avaient eu dans leur vie 5 partenaires sexuels et plus. Les participants originaires

<sup>d</sup> Gabriel Joseph, Alix Adrien, Claude Tremblay, Pascale Leclerc. Les infections transmises sexuellement et par le sang chez les Québécois d'origine haïtienne : surveillance biologique et comportementale – 2e édition. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010

de l'Ouganda étaient plus nombreux à avoir subi le test de dépistage du VIH que ceux qui venaient de l'Éthiopie, du Kenya ou de la Somalie<sup>13</sup>.

- Tharao *et al.* (2009) ont signalé que depuis que le programme de dépistage prénatal du VIH de l'Ontario recommande d'offrir à toutes les femmes enceintes de subir le test de dépistage du VIH (avec leur consentement éclairé) et des conseils en matière de protection contre l'infection à VIH, la proportion de femmes enceintes qui ont choisi de subir le test est passée de 38,9 % en 1999 à 96,8 % en 2008. Les auteurs de l'étude ont examiné les occasions non saisies de prévenir l'infection par le VIH à partir de l'expérience des femmes originaires d'Afrique et des Caraïbes qui ont subi le test de dépistage prénatal du VIH en Ontario<sup>14</sup>. Les résultats sont résumés dans la section intitulée « Services de santé ».
- Dans le cadre de l'étude sur les QOH, on a réalisé une analyse de sous-groupe portant sur les participants qui ont déclaré avoir eu des relations hétérosexuelles, dans laquelle on a comparé ceux qui ont demandé à subir un test de dépistage du VIH à ceux qui n'avaient jamais subi le test. Les résultats montrent que 56,9 % de ce sous-groupe (169/297) n'avaient jamais subi le test de dépistage. Selon l'analyse multivariée, les participants n'ayant jamais subi de test étaient en général plus jeunes, peu informés sur le dépistage du VIH et en couple (mariés ou conjoints de fait)<sup>11</sup>.

### Comportements à risques et corrélats de ces comportements

- L'étude EAST a aussi examiné les comportements à risque des participants ayant eu au moins deux partenaires sexuels (22 %; 76/352). Dans ce groupe, 50 % avaient eu 2 partenaires, 33 % en avaient eu 3 et 12 % en comptaient 4 ou plus. Par ailleurs, 61 participants (81 %) ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec au moins une personne originaire d'Afrique. Au cours de l'année précédente, 7 % des participants n'avaient pas utilisé de condoms et 69 % ont déclaré en avoir fait un usage irrégulier ou non systématique. Un peu moins de la moitié (43 %) a déclaré avoir plusieurs partenaires sexuels. Par comparaison aux participants n'ayant qu'un seul partenaire, ceux qui en avaient plusieurs étaient généralement des hommes jeunes, ayant commencé à avoir des relations sexuelles à un âge précoce et ayant déclaré avoir eu dans leur vie au moins 10 partenaires sexuels<sup>15</sup>.

- Des 624 participants de l'étude de 2007-2008 sur les QOH, 62,8 % étaient des femmes et 56,4 % étaient âgés de 20 à 34 ans. Comparativement aux femmes, les hommes étaient plus nombreux à avoir au moins un partenaire régulier ou à avoir à la fois des partenaires réguliers et occasionnels; ils étaient aussi plus nombreux à avoir utilisé un condom lors de leur plus récente relation sexuelle avec un partenaire occasionnel. Globalement, 42,7 % des participants ont dit avoir toujours utilisé un condom avec un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois. Les principaux facteurs significativement associés avec le fait d'avoir au moins un partenaire hétérosexuel occasionnel étaient les suivants : sexe masculin, jeune âge, célibat, QOH de deuxième génération, nombre élevé de partenaires réguliers, relations hétérosexuelles anales, le fait d'être bien informé au sujet du test de dépistage du VIH et le fait d'avoir déjà subi ce test. Les auteurs ont constaté que les femmes qui étaient des partenaires régulières d'hommes QOH étaient le plus à risque de contracter une infection à VIH<sup>16</sup>. Il s'agit donc d'une tendance qui s'est maintenue depuis l'étude précédente sur les QOH, datant de 1994<sup>17</sup>.
- Lors d'une étude qualitative réalisée en 2008 auprès de 15 jeunes hommes (15 à 25 ans) du Québec ayant au moins un parent d'origine haïtienne, 11 participants ont déclaré avoir eu des relations sexuelles de groupe. Certains ont dit avoir eu recours à l'alcool ou aux drogues pour convaincre les femmes de participer à ces relations sexuelles. La plupart de ces participants croyaient que les relations sexuelles de groupe comportaient peu de risques relativement aux infections transmissibles sexuellement (ITS), mais 9 d'entre eux auraient utilisé le condom systématiquement durant ces relations et 6 ont choisi certaines pratiques sexuelles (p. ex. les relations sexuelles orales, la masturbation, éviter le sexe en groupe dans l'obscurité) comme stratégie de réduction des risques de contracter une ITS<sup>18</sup>.

### Déterminants de la santé

Le milieu dans lequel les gens vivent et travaillent détermine en grande partie leur degré de bien-être. La présente section présente un résumé des récentes études portant sur les principaux déterminants de la santé chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Pour une description détaillée de l'ensemble des déterminants de la santé, on peut consulter le rapport de l'ASPC intitulé *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada*<sup>4</sup>.

## Environnement social et culture

- L'étude Stigma (2004-2006) a examiné le vécu de membres de trois collectivités africaines et de trois collectivités caribéennes de Toronto. Des entrevues en profondeur auprès de 30 personnes séropositives pour le VIH et 12 groupes de discussion regroupant au total 74 membres des collectivités ciblées ont fait ressortir toute une gamme de facteurs culturels et structurels susceptibles d'augmenter le risque d'infection à VIH, de faire obstacle au dépistage et au traitement et de favoriser l'isolement des personnes séropositives. En voici les principaux facteurs: stigmatisation, déni, discrimination, peur, homophobie, commérage, harcèlement et ostracisme. L'étude a aussi révélé que le VIH n'était pas perçu comme un enjeu majeur dans les collectivités ciblées, particulièrement au Canada, par comparaison à d'autres problèmes plus pressants tels que la pauvreté, le chômage et le logement. Mais plus important encore, ces facteurs empêchaient les personnes séropositives de se faire traiter sans tarder et de faire appel aux services de soutien<sup>19,21</sup>.
- La phase 1 de l'étude BLACCH (The Black, African and Caribbean Health Study, 2010), étude qualitative sur les collectivités, a révélé que ces collectivités envisagent la santé de manière holistique et que la plupart des participants se considéraient comme étant « en bonne santé ». Ils reconnaissaient que le VIH constituait un problème de santé important dans leur collectivité, mais jugeaient qu'ils couraient personnellement peu de risques de contracter l'infection parce qu'ils étaient mariés ou pratiquaient l'abstinence<sup>22,23</sup>.
- Dans le cadre d'une étude multicentrique du Réseau ontarien de traitement du VIH recueillant des données cliniques et socio-comportementales sur une cohorte de personnes vivant avec le VIH (OHTN Cohort Study), des chercheurs ont examiné l'effet de deux facteurs, soit la stigmatisation liée au VIH et le pays de naissance, sur le risque de dépression. Dans cette étude, 41 % des sujets de l'échantillon utilisé pour ces analyses (256/630) étaient nés à l'étranger. Dans le modèle multivarié, les sujets nés à l'étranger étaient nettement plus nombreux à faire état de symptômes de dépression, même après correction des données pour tenir compte de la stigmatisation liée au VIH. Les auteurs ont constaté que les participants jouissant d'un bon soutien social ou ayant fortement l'impression d'être maîtres de leur destin étaient mieux équipés pour combattre les sentiments négatifs et les pensées dépressives

lorsqu'ils étaient confrontés au stress causé par les symptômes de l'infection à VIH. Ils recommandent aux fournisseurs de services de santé de tenir compte de l'influence que peut avoir le fait d'être né à l'étranger sur l'état de santé des immigrants vivant avec le VIH<sup>24</sup>.

- Une analyse de l'environnement effectuée en 2007 à l'appui de l'élaboration d'une stratégie nationale sur le VIH/sida visant la population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada a fait ressortir plusieurs problèmes : manque de concertation ou de cohésion entre les organismes ou les programmes communautaires visant le VIH/sida au sein de la population noire; difficulté à avoir accès au financement consacré à la problématique du VIH/sida; absence d'un porte-parole noir de notoriété nationale pour la lutte contre le VIH; problèmes d'immigration; et méconnaissance des questions touchant les Noirs vivant avec le VIH. Le rapport contient des recommandations concernant la planification et la prestation des programmes et services à la population noire<sup>25</sup>.

## Services de santé

L'accès aux services de santé est important pour assurer la prévention de la maladie, la promotion de la santé et la prestation des soins requis pour le maintien ou le rétablissement de la santé chez les personnes malades. Les études recensées font état des nombreux obstacles à cet accès et de la complexité du système de prestation des services de santé auxquels sont confrontés les Canadiens originaires de pays où le VIH est endémique<sup>4,19</sup>. Ces études sont résumées ci-dessous.

- Tharao *et al.* ont effectué des entrevues en profondeur auprès de 44 femmes d'origine africaine ou caribéenne (certaines séropositives pour le VIH, d'autres non) qui avaient subi un test de dépistage durant une grossesse. Les participantes ont déclaré avoir été mal informées avant ou après avoir subi le test, ce qui s'est traduit par diverses conséquences négatives : faible niveau de connaissance concernant le VIH et la transmission mère-enfant; peur et panique lors du diagnostic parce qu'elles n'étaient pas au courant des possibilités de traitement; pensées suicidaires; méconnaissance du rôle des services de santé publique, des mécanismes de suivi et des règles régissant la protection des renseignements personnels; violation du droit à l'autonomie lorsque le test était effectué à leur insu ou sans leur consentement; et constatation ou perception d'avoir reçu un traitement différent en raison de leur statut de réfugiées, de leur race ou de leur sexe<sup>14</sup>.

- Dans la phase 1 de l'étude BLACCH (2010), la stigmatisation, la discrimination et l'absence de programmes d'éducation sur le VIH sont cités en tant qu'obstacles à l'accès aux services touchant le VIH. On y souligne la nécessité d'assurer une meilleure représentativité de la population noire dans les services sociaux et de santé. À l'opposé, certains participants ont déclaré qu'ils n'auraient pas recours aux services dispensés par une personne appartenant au même groupe ethnique qu'eux, principalement par crainte d'un bris de confidentialité<sup>22,23</sup>.
- En 2006, des entrevues qualitatives ont été réalisées auprès de 15 professionnels de la santé travaillant avec des réfugiés africains venus s'établir à Vancouver. Les facteurs cités par les répondants comme étant propres aux réfugiés séropositifs pour le VIH étaient les suivants : difficulté à trouver un médecin, problèmes de transport pour se rendre aux rendez-vous médicaux, manque de compétence culturelle, barrière de la langue et stigmatisation et discrimination face au VIH au sein de la collectivité des réfugiés d'origine africaine. De même, les fournisseurs de services de santé ne pouvaient dispenser des soins optimaux car ils se heurtaient aux barrières linguistiques et culturelles en plus de manquer d'information sur la santé des réfugiés. Les participants ont aussi fait mention des problèmes de communication entre les prestataires de services de différents ordres de gouvernement et de l'absence de lignes directrices concernant la divulgation de l'état sérologique vis-à-vis du VIH<sup>26,27</sup>.

Les données publiées sur les résultats du traitement de l'infection à VIH chez les personnes venant de pays où le VIH est endémique sont peu nombreuses; voici le résumé de deux études sur le sujet.

- Une étude d'observation du Québec portant sur une cohorte de 92 adultes séropositifs pour le VIH (66 femmes, 26 hommes) originaires de 6 pays de l'Afrique subsaharienne traités dans une clinique multidisciplinaire du VIH a permis de suivre ces personnes durant 3,1 années. Au début de l'étude, 21 participants suivaient un traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) et 71 n'étaient pas traités. Dans le groupe des patients traités, 98 % ont atteint une charge virale indétectable après 11 semaines et, 3 ans plus tard, la charge virale était toujours indétectable chez 59 % d'entre eux. L'étude montre que les réfugiés séropositifs pour le VIH répondent favorablement au traitement au Canada<sup>28</sup>.
- Une étude de cohorte de la Southern Alberta Clinic (SAC) a aussi révélé que les patients originaires de l'Afrique subsaharienne répondaient au traitement antirétroviral de la même manière que les personnes nées au Canada. Elle montre plus particulièrement que le nombre de rencontres avec des cliniciens et des travailleurs sociaux était plus élevé chez les réfugiés que dans le cas des autres immigrants et des personnes nées au Canada. En outre, le soutien social s'est révélé être un facteur clé pour les patients d'origine subsaharienne relativement à l'accès aux services de santé et à la poursuite du traitement<sup>29</sup>.

## Immigration

Au cours de la dernière décennie, des changements de politique importants ont été apportés concernant le dépistage du VIH chez les personnes immigrant au Canada :

- En 2001, à la suite d'une modification à la politique de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC), les demandeurs de la catégorie « regroupement familial », les réfugiés, les personnes protégées et les familles des ressortissants étrangers ont été exemptés de l'application de la clause du fardeau excessif pour les services de santé; ainsi, aucune des personnes mentionnées ci-dessus vivant avec le VIH/sida ne peut se voir refuser un visa pour des raisons médicales<sup>30</sup>.
- Le 15 janvier 2002, CIC a imposé le dépistage systématique du VIH à tous les demandeurs âgés de 15 ans et plus qui doivent subir un examen médical réglementaire ainsi qu'aux enfants qui ont reçu du sang ou des produits sanguins, dont la mère est séropositive ou qui sont susceptibles d'être adoptés.
- En juin 2002, la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*<sup>8</sup> est entrée en vigueur, exigeant l'évaluation de la recevabilité des demandes sur le plan médical (le demandeur représente-t-il un danger pour la santé ou la sécurité publique ou impose-t-il un fardeau excessif aux services de santé ou aux services sociaux). La Loi exempte toutefois certains groupes de demandeurs de l'application de la clause du fardeau excessif.
- En 2004, CIC a retiré l'obligation du test de dépistage du VIH pour les enfants susceptibles d'être adoptés.

De récentes données sur le dépistage du VIH dans le cadre de l'examen médical réglementaire de CIC ont montré que :

- Entre le 15 janvier 2002 et le 31 décembre 2009, 4 280 demandeurs ayant subi l'examen médical réglementaire ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH<sup>e</sup>,<sup>5</sup>.
- En 2009, il y a eu 574 tests positifs parmi ces demandeurs.
  - De ce nombre, 335 ont subi le test de dépistage au Canada et 239, à l'étranger.
  - Des 574 diagnostics d'infection à VIH établis en 2009, 341 (59,4 %) concernaient des personnes nées en Afrique et au Moyen-Orient, 178 (31 %) dans les Amériques, 46 (8 %) en Asie et 9 (1,6 %) en Europe. En 2009, les 335 tests positifs pour le VIH effectués au Canada représentaient 13,9 % (335/2 417) des tests positifs déclarés à l'ASPC.

Il est intéressant de noter qu'en septembre 2004, CIC a offert aux autorités sanitaires des provinces et territoires de leur envoyer les rapports de cas des personnes infectées par le VIH (ayant subi un examen médical à l'étranger) qui sont entrées au Canada. Cependant, une partie des provinces et territoires ont choisi de ne pas recevoir cette information. Les changements de politique de CIC (décrites ci-dessus) expliquent sans doute partiellement l'augmentation du nombre de tests positifs pour le VIH déclarés après 2001.

Certaines études ont examiné de quelle manière les lois et politiques sur l'immigration, de même que la connaissance et la perception qu'ont les gens de ces lois et politiques, peuvent influencer sur les comportements en matière de dépistage et de demande de traitement. Voici ce qu'elles ont révélé :

- Le manque de connaissance peut nuire à la sensibilisation aux risques et aux comportements à risque parmi les jeunes. Certaines études qualitatives réalisées auprès de personnes originaires de pays où le VIH est endémique ont montré que les participants, et plus particulièrement les jeunes, se croyaient moins susceptibles de contracter l'infection à VIH au Canada, les visas n'étant accordés qu'aux immigrants ayant réussi l'examen médical réglementaire<sup>19,31</sup>.
- D'après certaines études qualitatives, des répondants séropositifs qui n'avaient pas de statut juridique au Canada ont déclaré ne pas avoir fait une demande de statut de résident par crainte d'être dé-

portés. Ils restent donc en attente, ne pouvant bénéficier ni de soins de santé ni de l'aide sociale et se trouvant dans l'impossibilité d'avoir un emploi régulier. Ces circonstances compliquent et accentuent le stress déjà présent de vivre avec le VIH<sup>19,25</sup>.

Les deux études qui suivent ont porté sur les caractéristiques démographiques et cliniques des personnes infectées par le VIH, en mettant l'accent sur les immigrants et les personnes originaires de pays où le VIH est endémique.

### **Colombie-Britannique (C.-B.)**

- Selon un rapport du BC Centre for Disease Control, basé sur les données de CIC et du système de surveillance du VIH de la Colombie-Britannique, 172 personnes infectées par le VIH ont immigré dans cette province entre janvier 2000 et août 2007, et on observe une légère tendance à la hausse dans le nombre annuel d'immigrants séropositifs durant cette période. De ces 172 immigrants séropositifs, 53 (31 %) sont originaires de pays où le VIH est endémique, principalement de l'Afrique subsaharienne<sup>32,33</sup>.
- On fait état dans ce même rapport d'une analyse de l'ensemble des données du système de surveillance du VIH afin de déterminer le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH pour lesquels le fait d'avoir un partenaire sexuel originaire d'un pays où le VIH est endémique constituait un facteur de risque. Cette analyse a révélé que, de mai 2003 à août 2007, 60 personnes séropositives ont déclaré avoir eu un partenaire sexuel venant d'un pays où le VIH est endémique. De ce nombre, 25 % (16) étaient elles-mêmes nées dans un pays où le VIH est endémique. Globalement, les données indiquent une tendance à la baisse dans le nombre de personnes séropositives déclarant avoir eu des partenaires originaires de pays où le VIH est endémique<sup>32,33</sup>.

### **Alberta**

- Une étude utilisant les répercussions des changements de politique dans la *Loi sur l'immigration* du Canada et des nouvelles tendances migratoires sur une population régionale de personnes vivant avec le VIH a examiné les données portant sur tous les cas d'infection à VIH de la Southern Alberta Clinic (SAC) traités entre janvier 2001 et janvier 2007<sup>29</sup>. Dans les analyses effectuées (qui excluaient les résidents temporaires), les patients ont été classés selon le pays où ils avaient déclaré être nés : Canada, Afrique subsaharienne ou ailleurs à l'étranger.
- De janvier 2001 à janvier 2007, la SAC a ouvert 692 dossiers de patients infectés par le VIH, dont 126 (18 %) originaires de l'Afrique subsaharienne (surtout d'Afrique de l'Est et centrale). La propor-

<sup>e</sup> Direction générale de la gestion de la santé (DGGS), anciennement la Direction générale des services médicaux (DGSM), Citoyenneté et Immigration Canada – Base de données sur le VIH, en date de janvier 2010.

tion de patients venant d'Afrique subsaharienne a augmenté chaque année, passant de 6 % en 2001 à 31 % en 2006. Parmi ceux dont on connaissait le statut d'immigration, 68 % étaient des immigrants et 32 %, des réfugiés.

- On comptait parmi les patients d'origine subsaharienne un nombre significativement plus élevé ( $p < 0,01$ ) de femmes (53 %), de jeunes (âge moyen de 33,1 ans) et de cas de transmission du VIH par contact hétérosexuel, comparativement aux patients nés au Canada ou ailleurs à l'étranger.
- On comptait aussi parmi les patients d'origine subsaharienne un nombre significativement plus élevé ( $p < 0,01$ ) de personnes mariées, séparées ou divorcées ou de conjoints de fait, par comparaison aux patients nés au Canada ou ailleurs à l'étranger.
- Les patients d'origine subsaharienne avaient les numérations des lymphocytes T CD4 médianes les plus faibles à leur première consultation à la clinique, comparativement aux patients nés au Canada ou ailleurs à l'étranger, ce qui indique que dans leur cas le diagnostic a été posé plus tardivement que chez les non-immigrants. Durant les dernières années de la période d'étude, on a noté un nombre faible mais croissant de patients originaires d'Afrique subsaharienne qui avaient commencé un TAHA en Afrique, avant d'immigrer au Canada.
- La plupart des patients d'origine subsaharienne (97 %) étaient infectés par des VIH de sous-types non-B; les VIH de sous-types C, A1, G, D et AG constituaient les souches les plus fréquentes chez ces patients.
- Par comparaison aux patients nés au Canada (CAN) ou ailleurs à l'étranger (ETR), un pourcentage significativement plus élevé de patients d'origine subsaharienne (SS) ont obtenu un résultat positif aux tests suivants : épreuve de Mantoux (tuberculine) (26 % pour les patients SS vs 7 % pour les patients CAN et 5 % pour les patients ETR,  $p < 0,001$ ); sérologie toxoplasmique (33 % pour les SS vs 8 % pour les CAN et 4 % pour les ETR); et hépatite B (8 % pour les SS vs 2 % pour les CAN et 3 % pour les ETR). À l'opposé, un nombre moins élevé de patients d'origine subsaharienne ont obtenu un résultat positif au test de détection du virus de l'hépatite C (2 % pour les SS vs 18 % pour les CAN et 6 % pour les ETR).

## Forces et limites

Les résultats présentés ici proviennent des données de surveillance de la santé publique et d'études sur le VIH récemment publiées portant principalement sur les personnes vivant au Canada qui sont originaires de pays où le VIH est endémique. Il convient néanmoins de réitérer les limites associées à ces résultats, mentionnées plus haut.

- Les données de surveillance pourraient sous-estimer l'ampleur de l'épidémie de l'infection à VIH, car ces données proviennent de rapports de cas déclarés et ne concernent donc que les cas diagnostiqués de l'épidémie. En outre, l'information sur certaines variables de la surveillance est incomplète, ce qui nuit à l'interprétation de la portion diagnostiquée de l'épidémie. La sous-catégorie d'exposition VIH endémique n'englobe pas les données sur les personnes originaires de pays où le VIH est endémique qui ont été classées dans une catégorie à un échelon plus élevé dans la hiérarchie des facteurs de risque (p. ex. HARSAH ou UDI).
- Grâce à la force inhérente à leur conception, les études transversales et qualitatives, y compris les études communautaires, ont permis d'examiner toute une gamme de comportements à risque et de liens possibles au sein de cette population. Il faut toutefois tenir compte de la présence possible de certains biais au moment d'interpréter les résultats.
- Il existe relativement peu d'études ou d'analyses quantitatives et celles qui ont été réalisées ne portent que sur quelques petits sous-groupes de la mosaïque complexe que forme la population du Canada. Par ailleurs, la conception de toutes les études, qu'elles soient quantitatives ou qualitatives, fait obstacle à l'établissement de relations causales à partir des données.
- Les études sont basées en grande partie sur des données fournies volontairement par les sujets, ce qui peut introduire divers biais sociaux. Par exemple, en raison du caractère délicat de certains comportements sexuels, des répondants pourraient omettre de les déclarer ou les minimiser. De plus, les données sur les diagnostics d'infection à VIH sont limitées aux personnes qui se présentent à une clinique pour subir le test de dépistage.

- En raison des différences dans la conception des études, les critères d'admissibilité, les échantillons, les objectifs de la recherche et les méthodes d'analyse utilisées, il faut éviter de faire des comparaisons directes entre les études ou alors user de prudence au moment de faire l'exercice. Étant donné cette contrainte, on ne peut généraliser les résultats des études au-delà des populations ciblées, ce qui limite la possibilité de tirer des conclusions sur les tendances en matière de comportements à risque. Pour en savoir davantage sur les limites propres à chaque étude, veuillez consulter les études respectives, dont on donne les références à la fin du chapitre.

## Conclusion

Les personnes originaires de l'Afrique subsaharienne, des Caraïbes et d'autres pays où le VIH est endémique, de même que les Noirs, affichent une grande diversité sur les plans culturel, communautaire et religieux. Toutefois, on les regroupe souvent tous ensemble aux fins de la recherche et de la mise en œuvre des programmes, ce qui empêche d'explorer en profondeur les facteurs qui touchent des groupes ou des collectivités en particulier. Malgré les limites associées aux données tirées des programmes de surveillance et des études, il a été possible de dégager des tendances concernant l'épidémie de VIH/sida chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Ainsi, on note une hausse de la proportion de cas déclarés d'infection à VIH et de sida attribués à la sous-catégorie d'exposition hétéro-endémique, ce qui laisse supposer que les personnes originaires de pays où le VIH est endémique sont surreprésentées dans l'épidémie de VIH au Canada. En outre, les personnes plus touchées sont celles de moins de 40 ans et les femmes, notamment celles qui sont en âge de procréer. La plupart des cas attribués à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique concernent des personnes ayant déclaré être Noires. Ces constatations concernant les jeunes, les femmes et les Noirs font ressortir les différentes caractéristiques de l'épidémie d'infection à VIH parmi les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et soulignent la complexité de cette épidémie au Canada. Qui plus est, comme il est manifeste qu'une bonne proportion

de cette population ignore qu'elle est infectée par le VIH, il faut rappeler la nécessité de maintenir les efforts en vue d'étendre le dépistage et de profiter de ces interventions auprès des clientèles pour multiplier les occasions de prévention.

## Conséquences pour la santé publique

Nous avons besoin de meilleures données de surveillance sur le VIH/sida à l'échelle nationale pour pouvoir mieux évaluer et caractériser les tendances en matière d'infection par le VIH chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique; nous pourrions ainsi élaborer de meilleurs programmes de prévention et de soins pour cette population. Pour y arriver, l'ASPC travaille activement à renforcer sa collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux de même qu'avec les intervenants communautaires dans le but de trouver des moyens précis pour améliorer la qualité de l'information relativement aux catégories d'exposition et à l'origine ethnique des personnes originaires de pays où le VIH est endémique. On s'attend à ce que le système E-Track, qui permet une surveillance améliorée (surveillance des comportements et surveillance biologique) de la prévalence du VIH et des facteurs qui y sont associés chez les personnes venant de pays où le VIH est endémique, fournisse d'autres données qui seront utiles pour soutenir les efforts de prévention et de contrôle contre le VIH déployés par les administrations locales, provinciales et nationales.

On accumule de plus en plus de données dans ce domaine et plusieurs études sont en cours ou seront amorcées sous peu. La poursuite des recherches est essentielle pour assurer une meilleure compréhension de la diversité des populations regroupées sous le terme épidémiologique de « personnes originaires de pays où le VIH est endémique », de manière à élucider les facteurs de risque associés aux tendances observées et à déterminer la meilleure façon d'aborder ces facteurs. La collecte de données de surveillance exhaustives et les résultats des études permettront aux décideurs, aux autorités de la santé publique et aux représentants des collectivités de travailler ensemble à élaborer, mettre en œuvre et maintenir des services de prévention, d'éducation et de soutien adaptés à la culture de ces populations au Canada.

## Références

- Rapport Onusida sur l'épidémie mondiale de sida 2010 : [http://www.unaids.org/globalreport/Global\\_report\\_fr.htm](http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_fr.htm)
- Recensement de 2006 : Immigration au Canada : un portrait de la population née à l'étranger, Recensement de 2006 : résultats. Statistiques Canada N° au catalogue : 97-557-XIF2006001, 2006.
- Ali F, Aslam M, Ogunnaike-Cooke S, Boulos D, Archibald C. Demographic distribution of population groups originating from HIV-endemic countries in Canada. 4th Annual Public Health Agency of Canada Research Forum. Public Health Agency of Canada; 2009.
- Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes provenant de pays où le VIH est endémique - Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada. 2010
- Santé Canada. La santé des migrants : Vers une approche axée sur les déterminants de la santé. Bulletin de recherche sur les politiques de santé, Numéro 17, Décembre 2010.
- Yang Q, Boulos D, Yan P, Zhang F, Remis RS, Schanzer D, et al. Estimates of the number of prevalent and incident human immunodeficiency virus (HIV) infections in Canada, 2008. *Can J Public Health* 2010;101(6):486-90.
- Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie du VIH/sida. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, l'Agence de la santé publique du Canada; Juillet 2010.
- Ministère de la Justice. Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (L.C. 2001, ch. 27) ; <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/l-2.5/index.html>
- Remis RS, Swantee C, Liu J. Report on HIV/AIDS in Ontario 2008. Toronto, ON: Epidemiological Monitoring Unit, University of Toronto; 2010.
- Bitera R, Fauvel M, Alary M, Parent R, Sylvain D, Hastie M. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : mise à jour des données au 30 juin 2010. Laboratoire de santé publique du Québec. Direction des risques biologiques et de la santé au travail. Février 2011. Avec la collaboration de l'Unité de recherche en santé des populations du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec.
- Adrien A, Boulos D, Tremblay C, Leclerc P, Cox J, Archibald CP, et al. Self-reported HIV testing behaviours among Quebecers of Haitian origin. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009; Spring;20(Suppl B):73B (Abstract P220).
- Calzavara L, Tharao W, Gray KA, Johns A, Burchell A, Myers T, et al. HIV Prevalence in Toronto's East African Communities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009; Spring;20(Suppl B):38B (Abstract O095).
- Gray KA, Calzavara L, Tharao W, Johns A, Burchell A, Myers T, et al. Factors Associated With HIV Testing In Toronto's East African Communities: Results From EAST. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008; March/April;19(Suppl A):78A (Abstract P225).
- Tharao WE, Stanley R, Massaquoi N, Leonard L, Samson L, McGee F, et al. Missed HIV Prevention Opportunities: African and Caribbean Women and HIV Testing during pregnancy. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009; Spring;20(Suppl B):33B (Abstract O075).
- Gray KA, Calzavara L, Tharao W, Johns A, Burchell A, Myers T, et al. Risk behaviour among EAST (East African Health Study in Toronto) participants with multiple sexual partners. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009; Spring;20(Suppl B):66B (Abstract P193).
- Adrien A, Cox J, Leclerc P, Boivin J-, Archibald C, Boulos D, et al. Behavioural Risks for HIV Infection Among Quebec Residents of Haitian Origin. *J Immigr Minor Health* 2010 Dec;12(6):894-9.
- Adrien A, Leane V, Remis R, Boivin J, Rud E, Duperval R, et al. Migration and HIV: an epidemiological study of Montrealers of Haitian origin. *Int J STD AIDS* 1999;10(4):237-42.
- Beaulieu M, Adrien A, Vouma JIL, Desanges S, Jean-Gilles J. Experiences of group sex among young male Quebecers of Haitian origin: HIV Risk environment and social context. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009; Spring;20(Suppl B):91B (Abstract P295).
- Lawson E, Gardezi F, Calzavara L, Husbands W, Myers T, Tharao WE. HIV/AIDS stigma, denial, fear and discrimination: experiences and responses of people from African and Caribbean communities. The HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, University of Toronto. Toronto: University of Toronto; 2006. Joint publication of the African and Caribbean Council on HIV/AIDS in Ontario (ACCHO)
- Gardezi F, Calzavara L, Husbands W, Tharao W, Lawson E, Myers T, et al. Experiences of and responses to HIV among African and Caribbean communities in Toronto, Canada. *AIDS Care* 2008;20(6):718-25.
- Calzavara L, Myers T, Husbands W, Tharao W, Satzinger F, HIV Stigma Study Team. Homophobia and its implications for HIV transmission and intervention programs in African and Caribbean communities in Canada. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009; Spring;20(Suppl B):33B (Abstract O076).
- Baidoobonso S, Longman RM, Bauer GR, Nleya-Ncube M, Abdelkader M, Pugh D, et al. The Black, African and Caribbean Canadian Health (BLACCH) Study: Phase I Preliminary Findings. 19th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research; 2010 May 13-16; Saskatoon, Canada. 2010;2010(4/20/2010).
- Baidoobonso S, Mokanan H, Abdelkader M, Bauer G. Similarities and differences in health care use and HIV-related concerns based on immigration profile: findings from the BLACCH study interviews. 13th Annual Ontario HIV Treatment Network (OHTN) Research Conference: Research at the Front Lines: Targeting the Complexities of HIV. November 15, 16 2010. Abstract book. Toronto (ON); 2010. (Abstract 136).
- Noh MS, Rueda S, Noh S, Li A, Fenta H, Rourke SB, et al. Impact of HIV Stigma on Health Outcomes Among People Born Abroad Living with HIV. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009; Spring;20(Suppl B):99B. (Abstract P323).



25. DA Falconer & Associates Inc. Taking Action on HIV/AIDS in Black Communities in Canada: A Resource for Moving Ahead. Ottawa: Interagency Coalition on AIDS and Development (ICAD); 2008.
26. Brandson EK, Barrios R. African Refugee Resettlement In Vancouver And HIV Infection. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008; March/April;19(Suppl A):91A. (Abstract P270).
27. Brandson EK, Duncan KC, Barrios R. African Refugee Resettlement in Vancouver and HIV Infection. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009; Spring;20(Suppl B):33B. (Abstract O077).
28. Gilmore N, Klein MB, Lalonde R, Ankouad A, Cyr J, Duchesneau C, et al. Clinical And Treatment Outcomes Of An Observational Cohort Of HIV-Infected, Sub-Saharan Refugees Cared For In A Multidisciplinary Clinic In Canada. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008; March/April;19(Suppl A):32A. (Abstract O0F64).
29. Krentz H, Gill MJ. The five-year impact of an evolving global epidemic, changing migration patterns, and policy changes in a regional Canadian HIV population. *Health Policy* 2009;90(2-3):296-302.
30. Coyte PC, Thavorn K, Dhanji H. The economic burden of immigrants with HIV/AIDS: When to say no? *J Global Bus Advance* 2010;3(1):60-78.
31. Omorodion F, Gbadebo K, Ishak P. HIV vulnerability and sexual risk among African youth in Windsor, Canada. *Culture, Health and Sexuality* 2007;9(4):429-37.
32. Haag D, Gilbert M. Trends in HIV Positive Immigrants and Reporting by Citizenship and Immigration Canada (CIC), 2000-2007. BC Centre for Disease Control; 2007.
33. Haag D, Gilbert M, Smith S, Ogilvie G, Rekart M. Arriving In BC: Trends In HIV Positive Individuals Immigrating To British Columbia, Canada. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008; March/April;19(Suppl A):78A. (Abstract P223).

## Annexe 1 – LISTE DES PAYS OÙ LE VIH EST ENDÉMIQUE

### **Afrique**

Angola  
 Bénin  
 Botswana  
 Burkina Faso  
 Burundi  
 Cameroun  
 Cap-Vert  
 Côte d'Ivoire  
 Djibouti  
 Érythrée  
 Éthiopie  
 Gabon  
 Gambie  
 Ghana  
 Guinée  
 Guinée-Bissau  
 Guinée équatoriale  
 Kenya  
 Lesotho  
 Libéria  
 Malawi  
 Mali  
 Mozambique  
 Namibie  
 Niger  
 Nigéria  
 Ouganda  
 République centrafricaine  
 République démocratique du Congo  
 (autrefois Zaïre)  
 Rwanda  
 Sénégal  
 Sierra Leone  
 Somalie  
 Soudan  
 Swaziland  
 Tanzanie  
 Tchad  
 Togo  
 Zambie  
 Zimbabwe

### **Caraïbes, Bermude et Amérique du Centre/Sud**

Anguilla  
 Antigua-et-Barbuda  
 Antilles néerlandaises  
 Bahamas  
 Barbade  
 Bermudes  
 Dominique  
 Grenade  
 Guadeloupe  
 Guyane française  
 Guyane  
 Haïti  
 Honduras  
 Îles Caïmans  
 Îles Turks et Caïcos  
 Îles Vierges américaines  
 Îles Vierges britanniques  
 Jamaïque  
 Martinique  
 Montserrat  
 République dominicaine  
 Saint-Kitts-et-Nevis  
 Saint-Vincent-et-les-Grenadines  
 Sainte-Lucie  
 Suriname  
 Trinité-et-Tobago

### **Asie**

Cambodge  
 Myanmar/Birmanie  
 Thaïlande

Source : ASPC, Actualités en épidémiologie du VIH/sida, 2007