

# GUIDE DES TERMES D'USAGE DANS L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET LA SURVEILLANCE DU VIH/SIDA

Une publication conjointe de  
la SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA (SCS)  
et de SANTÉ CANADA

Société canadienne  
du sida



Canadian AIDS  
Society



Santé  
Canada

Health  
Canada

Être le porte-parole national et la tribune du front communautaire  
contre l'infection à VIH et le sida, et plaider la cause des personnes touchées.  
Servir de ressource à ses organismes membres et coordonner la participation  
communautaire à une stratégie nationale en matière d'infection à VIH et de sida.

Société canadienne du sida

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes  
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Pour de plus amples renseignements sur cette publication,  
veuillez communiquer avec la SCS ou le CPCMI :

Société canadienne du sida  
309, rue Cooper, 4<sup>e</sup> étage  
Ottawa (Ontario) K2P 0G5  
Tél. : (613) 230-3580 ou  
1-800-499-1986  
Télécopieur : (613) 563-4998  
Courriel : CASinfo@cdnaids.ca  
Site Web : www.cdnaids.ca

Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida  
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses  
Direction générale de la santé de la population et de la  
santé publique  
Santé Canada  
Pré Tunney, localisateur postal : 0900B1  
Ottawa (Ontario) K1A 0L2  
Tél. : (613) 954-5169  
Télécopieur : (613) 946-8695  
Site Web : [www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/hast-vsmt/index.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/hast-vsmt/index.html)

Ce document est téléchargeable des sites Web de la SCS et du CPCMI.

On peut aussi le commander en version imprimée, auprès du  
Centre canadien de documentation sur le VIH/sida :

Association canadienne de santé publique  
1565, avenue Carling, bureau 400  
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1  
Tél. : (613) 725-3434  
Télécopieur : (613) 725-9826  
Courriel : [aids/sida@cpha.ca](mailto:aids/sida@cpha.ca)

Ce projet a été financé par la Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida,  
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de la  
santé de la population et de la santé publique, Santé Canada.

Le genre masculin est utilisé pour désigner femmes et hommes, sans discrimination  
et dans le seul but d'alléger le texte.

Droit d'auteur © 2002 Société canadienne du sida  
© Sa Majesté du chef du Canada, représentée par le Ministre de Santé

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de cette publication,  
sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique,  
reproduction électronique, mécanique, ou par photocopie, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un  
système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable du Ministre de Santé.

**GUIDE DES TERMES D'USAGE DANS  
L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET LA SURVEILLANCE DU  
VIH/SIDA**

**Une publication conjointe de  
la Société canadienne du sida (SCS) et du  
Centre de prévention et de contrôle des maladies  
infectieuses (CPCMI), Santé Canada**

## Remerciements

La Société canadienne du sida (SCS) et le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) sont reconnaissants à toutes les personnes qui ont contribué à cette initiative. Ils souhaitent exprimer leur gratitude aux personnes dont les conseils, l'aide et l'appui ont été cruciaux dans la préparation de ce guide.

Des remerciements particuliers à l'équipe de projet de la SCS et du CPCMI : Dana Reid, Blaize Mumford et Jennifer Geduld, pour leur contribution au développement de la vision du projet et ses orientations générales; et à Chris Archibald et Paul Lapierre, pour avoir appuyé le concept et la réalisation de l'initiative. Remerciements à Lynne Leonard, Linda Pelude et Christine Navarro, qui ont rédigé et édité la première version du document. Ce guide n'existerait pas, sans le dévouement de ces personnes.

Les nombreuses personnes qui ont généreusement donné de leur temps à titre d'examineurs de la communauté, en lisant des ébauches du document et en nous faisant part de leurs commentaires, ont joué un rôle essentiel à la conception du projet : Alda Grigaitis (Good Shepherd Community AIDS Initiative, Hamilton, ON), Barb Bowditch (AIDS Programs South Saskatchewan), Chris MacKenzie (AIDS Resource Centre, Kelowna, C.-B.), Claire Checkland (Réseau canadien de la santé), Debbie Doros (Victoria AIDS Respite Care Society), Deborah Foster (HIV Edmonton), Jocelyne Beck (Association canadienne de santé publique et Centre canadien de documentation sur le VIH/sida), Kim Thomas (Réseau canadien autochtone du sida), San Patten (Alberta Community Council on HIV) et Sue Rodgers (AIDS PEI).

Pendant toute la durée de l'élaboration de ce document, des conseils d'experts nous ont aussi été fournis par John Last, Université d'Ottawa; Carol Major, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; et Robert Remis, Université de Toronto.

Le personnel du bureau de la SCS a soutenu le développement et la révision du projet, en particulier Liz Scanlon, Marc-André Le Blanc, Laura Delaney, Gerard Yetman et Linda Truglia. Nous remercions aussi A.D. McNaughten, des Centers for Disease Control and Prevention, et Ruben Cantu, du National Minority AIDS Council, qui ont bien voulu répondre à des demandes d'information à propos d'une littérature connexe et ont participé au rassemblement de la documentation.

Nous remercions aussi Jean Dussault et Josée Dussault, du soin mis à la traduction française; et les Services de publication scientifique et de production

multimédia, Santé Canada, pour leur contribution à la révision finale et à la production du rapport, en version imprimée et sur Internet.

Le contenu du document final relève de la responsabilité de l'équipe de projet SCS/CPCMI.

## **Au sujet des organismes**

### **La Société canadienne du sida**

La Société canadienne du sida (SCS) est une coalition nationale qui soutient l'action communautaire sur les questions liées au VIH/sida, au Canada. Elle représente plus de 100 organismes communautaires de partout au pays qui offrent des programmes et des services d'éducation, de soutien, de défense et de promotion des droits, à l'intention des individus et des communautés que touche le VIH/sida.

Le rôle de la SCS en est un de porte-parole national et de tribune nationale pour la réaction communautaire à l'infection à VIH et au sida. La SCS promeut et défend les droits et intérêts des personnes affectées par le VIH et le sida; elle est par ailleurs dépositaire d'information sur les questions liées au VIH/sida, pour ses organismes membres, et elle coordonne la participation communautaire à une stratégie nationale de lutte contre le VIH et le sida. La SCS s'acquitte de ces rôles par le biais d'initiatives nationales en matière de prévention, d'éducation, de traitement, de soins et de soutien.

La SCS est constituée en personne morale au niveau fédéral et en tant qu'organisme canadien sans but lucratif.

### **Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**

Le Centre de contrôle et de prévention des maladies infectieuses (CPCMI), qui relève de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (SPSP), au sein de Santé Canada, fournit leadership et expertise dans la collecte, l'analyse, l'interprétation et la dissémination de données relatives aux maladies infectieuses, au Canada. Ses activités incluent la surveillance nationale et internationale, la recherche dans des domaines ciblés et des recherches appliquées ainsi qu'en laboratoire.

Le rôle du CPCMI comprend la collecte des données de surveillance du VIH et du sida auprès de toutes les provinces et tous les territoires du Canada ainsi que la publication d'un rapport semestriel intitulé *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance*, qui résume et interprète les données sur la

surveillance du VIH et du sida à l'échelle nationale. Ce rapport est publié par la Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, un volet du CPCMI dont relève la surveillance des tendances de l'épidémie du VIH au Canada. La Division participe également à la dissémination de données épidémiologiques sur le VIH et le sida, par le biais d'autres publications comme les *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida* et l'*Inventory of HIV Prevalence and Incidence Studies in Canada*.

## Avant-propos

L'épidémiologie et la surveillance du VIH/sida sont une facette importante de la lutte contre le VIH/sida, car elle fournit de l'information qui peut servir à concevoir des initiatives de prévention et des politiques, ainsi qu'à l'allocation de ressources pour les soins et les traitements. À l'heure actuelle, le CPCMI compile cette information dans des rapports qui sont distribués à la communauté et à d'autres parties intéressées.

Bien que ce travail puisse être très utile aux organismes de service et de lutte contre le VIH/sida, en contribuant à orienter par exemple leurs efforts de prévention, il se peut que les personnes qui ne détiennent pas une formation de base en épidémiologie ou en recherche trouvent difficile de comprendre le contenu entier de ces documents. Les membres de la communauté qui travaillent au développement de programmes et de politiques pour le travail auprès de diverses populations affectées par le VIH/sida ont besoin d'une solide compréhension des diverses conceptions de recherche et des données communiquées dans les documents sur l'épidémiologie et la surveillance du VIH/sida. C'est pour cette raison que la SCS et le CPCMI ont collaboré pour produire ce *Guide des termes d'usage dans l'épidémiologie et la surveillance du VIH/sida*.

Des travaux antérieurs du Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) en collaboration avec le CPCMI ont conduit à la publication d'un guide intitulé *Comprendre l'épidémiologie du VIH/sida – La surveillance du VIH/sida chez les peuples autochtones du Canada*. Le but de ce guide était de faire en sorte que des informations importantes, comme celle des rapports de surveillance du VIH/sida publiés par Santé Canada, soient plus accessibles pour les personnes qui œuvrent au niveau communautaire avec des populations autochtones.

Le présent *Guide des termes d'usage dans l'épidémiologie et la surveillance du VIH/sida* mise sur l'excellent travail du RCAS et du CPCMI, en apportant d'autres éléments d'information pertinents pour les intervenants de la communauté. Le guide contient un glossaire détaillé de la terminologie

utilisée en épidémiologie et en surveillance, ainsi que des réponses à des questions fréquentes (*Foire aux questions*) à propos de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida. Les termes sont expliqués en langage courant et accompagnés d'exemples illustrant comment chaque notion s'applique au contexte du travail communautaire en matière de VIH/sida. Le guide renferme aussi une liste de documentation et de sites Internet qui pourront fournir des renseignements additionnels sur le VIH/sida, l'épidémiologie, la recherche et les statistiques.

Les équipes de la SCS et du CPCMI espèrent que ce document vous sera utile. Nous continuerons de collaborer à l'amélioration des liens entre le travail des groupes communautaires et celui du gouvernement. Vos commentaires et suggestions d'initiatives futures seront les bienvenus.



# Table des matières

Remerciements . . . . .	ii
Acronymes . . . . .	3
Termes d'usage . . . . .	5
Annexe : Taux d'incidence, incidence cumulative, densité de l'incidence . . . . .	57
Foire aux questions . . . . .	61
Ressources sur Internet . . . . .	89
Bibliographie . . . . .	91



# Acronymes

<b>AIE</b>	Analyse immuno-enzymatique
<b>ARS</b>	Aucun risque signalé
<b>ARS-HET</b>	Aucun risque signalé – hétérosexuel
<b>CCSAT</b>	Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, États-Unis)
<b>CPARG</b>	Canadian Paediatric AIDS Research Group
<b>CPCMI</b>	Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (Santé Canada)
<b>ELISA</b>	Analyse immuno-enzymatique (acronyme tiré de l'anglais « Enzyme-linked immunosorbent assay »)
<b>HRSH</b>	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (ou hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, ou hommes homosexuels et bisexuels). L'acronyme utilisé est parfois HARSAH ou HRH.
<b>HRSH/UDI</b>	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et s'injectant des drogues. Autre acronyme : HARSAH/UDI ou HRH/UDI.
<b>ITS</b>	Infection transmissible sexuellement
<b>MTS</b>	Maladie transmissible sexuellement
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
<b>PES</b>	Programme d'échange de seringues
<b>PVIH/sida</b>	Personne(s) vivant avec le VIH/sida (aussi utilisé : <b>PAVIH/sida</b> – Personne(s) ayant le VIH/sida)

<b>RC</b>	Recherche communautaire
<b>RCAS</b>	Réseau canadien autochtone du sida
<b>RCITS</b>	Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE)
<b>SCS</b>	Société canadienne du sida
<b>SIDA</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TVPS</b>	Test du VIH aux points de service
<b>UDI</b>	Utilisateur de drogue par injection (ou utilisateur de drogues injectables)
<b>VHB</b>	Virus de l'hépatite B
<b>VHC</b>	Virus de l'hépatite C
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

# Termes d'usage

## dans la surveillance et la recherche épidémiologique sur le VIH/sida au Canada

### Avant de commencer ...

La table des matières énumère les termes définis dans le guide.

Les termes sont classés en ordre alphabétique.

La définition de certains termes peut en recouper d'autres, dans le guide.

- Si une définition contient un autre terme d'usage défini dans le guide, celui-ci est indiqué en **caractères gras** (à sa première occurrence dans la définition seulement).
- Si d'autres termes du guide se rapportent au terme défini, sans apparaître en caractères gras dans la définition, ils sont indiqués entre parenthèses dans l'en-tête de la définition. Par exemple : **Cas** (Voir aussi **Cas de sida**).
- Si le terme défini est expliqué plus en détail dans la Foire aux questions (FAQ), le numéro d'item(s) pertinent(s) de la FAQ est indiqué entre parenthèses dans l'en-tête de la définition. Par exemple : **Épidémiologie** (Voir aussi **item n° 23 de la FAQ**).
- Si un terme est inscrit sur la liste parce qu'il est fréquemment utilisé, mais qu'il est préférable de les définir sous un autre terme, dans le guide, on renvoie à ce dernier. Par exemple : **Profil démographique** (Consulter **Caractéristiques démographiques**).

Au besoin, des encadrés illustrent comment les termes sont couramment utilisés dans les rapports ou descriptions du VIH/sida.

# Table des matières

## A

**ANNÉES-PERSONNES** (Voir aussi INCIDENCE)

## B

**BASES DE DONNÉES DE SÉRODIAGNOSTIC**

## C

**CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES**

**CAS** (Voir aussi **CAS DE SIDA**)

**CAS DE SIDA** (Voir aussi DÉCLARATION DES CAS DE SIDA, CAS)

**CAS DE SIDA DÉCLARÉS** (Voir aussi DÉCLARATION DES CAS DE SIDA et items 6, 8, 14, 16 et 17 de la FAQ)

**CATÉGORIE D'EXPOSITION** (Voir aussi items 1-3 et 8 de la FAQ)

**CATÉGORIE ETHNIQUE** (Voir aussi DÉCLARATION DE L'ORIGINE ETHNIQUE)

**COHORTE**

**CO-INFECTIION**

## D

**DÉCLARATION DE L'ORIGINE ETHNIQUE** (Voir aussi item 8 et 14 de la FAQ)

**DÉCLARATION DE RÉSULTATS POSITIFS AU TEST DU VIH**  
(Voir aussi CAS DE SIDA DÉCLARÉS et items 7, 8, 10, 11, 13, 14 et 18 de la FAQ)

**DÉCLARATION DES CAS DE SIDA** (Voir aussi CAS DE SIDA, CAS DE SIDA DÉCLARÉS et items 6, 8 et 9 de la FAQ)

**DÉNOMINATEUR**

**DENSITÉ DE L'INCIDENCE** (Voir annexe à la page 57)

**DÉPISTAGE** (Consulter OPTIONS DE TEST DU VIH)

**DÉPISTAGE ANONYME NON RELIÉ**

**DIAGNOSTIC DE SIDA** (Voir aussi items 8, 16 et 17 de la FAQ)

**DONNÉES AUTO-DÉCLARÉES**

**DONNÉES DE BASE**

**DONNÉES DE SUIVI** (Consulter DONNÉES DE BASE)

## E

**ENDÉMIQUE** (Voir aussi ÉPIDÉMIE)

**ÉPIDÉMIE** (Voir aussi ÉPIDÉMIOLOGIE)

**ÉPIDÉMIOLOGIE** (Voir aussi item 23 de la FAQ)

**ÉTAT SÉROLOGIQUE** (Voir aussi SÉROCONVERSION)

**ÉTENDUE**

**ÉTUDE DE COHORTE**

## F

**FACTEUR DE RISQUE** (Voir aussi item 3 de la FAQ)

**FACTEUR DE RISQUE COMPORTEMENTAL** (Consulter FACTEUR DE RISQUE)

## H

**HIÉRARCHIE DES CATÉGORIES D'EXPOSITION**

(Voir aussi items 1 et 3 de la FAQ)

## I

**INCIDENCE** (Voir aussi TAUX D'INCIDENCE et items 18- 21 de la FAQ)

**INCIDENCE CUMULATIVE** (Voir annexe à la page 57)

**INTERVALLE DE CONFIANCE (IC)** (Voir aussi SIGNIFICATION STATISTIQUE, VALEUR P)

**M**

**MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE** (Voir aussi items 6 et 7 de la FAQ)

**MÉDIANE**

**MESURES DESCRIPTIVES**

**MÉTHODOLOGIE**

**MODE**

**MOYENNE**

**N**

**NUMÉRATEUR** (Consulter DÉNOMINATEUR)

**O**

**OPTIONS DE TEST DU VIH** (Voir aussi items 4 et 11 de la FAQ)

**P**

**PÉRIODE FENÊTRE** (Consulter PHASE DE SÉROCONVERSION)

**PHASE DE SÉROCONVERSION** (Voir aussi SÉROCONVERSION)

**POPULATION VULNÉRABLE**

**PRÉVALENCE** (Voir aussi PRÉVALENCE PONCTUELLE, TAUX DE PRÉVALENCE et items 18-22 de la FAQ)

**PRÉVALENCE PONCTUELLE** (Voir aussi PRÉVALENCE)

**PROFIL DÉMOGRAPHIQUE** (Consulter CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES)

**PROPORTION**

**R****RATIO****RECHERCHE QUALITATIVE****RECHERCHE QUANTITATIVE** (Voir aussi RECHERCHE QUALITATIVE)**S****SÉROCONVERSION****SÉRONÉGATIF** (Consulter ÉTAT SÉROLOGIQUE)**SÉROPOSITIF, SÉROPOSITIVITÉ** (Consulter ÉTAT SÉROLOGIQUE)**SÉROPRÉVALENCE****SIGNIFICATION STATISTIQUE** (Voir aussi INTERVALLE DE CONFIANCE)**SURVEILLANCE** (Voir aussi items 6, 7 et 23 de la FAQ)**SURVEILLANCE PAR SENTINELLE****T****TAUX** (Voir aussi **RATIO**)**TAUX D'INCIDENCE****TAUX DE PRÉVALENCE** (Voir aussi PRÉVALENCE PONCTUELLE)**TAUX DE SÉROPOSITIVITÉ AU VIH** (Voir aussi PRÉVALENCE)**TENDANCES****TEST ANONYME DU VIH** (Consulter OPTIONS DE TEST DU VIH)**TEST DU VIH NOMINAL/SIGNALÉTIQUE** (Consulter OPTIONS DE TEST DU VIH)**TEST DU VIH NON NOMINAL/NON SIGNALÉTIQUE**  
(Consulter OPTIONS DE TEST DU VIH)

**TEST VOLONTAIRE DU VIH** (Voir aussi DÉPISTAGE DU VIH ANONYME NON RELIÉ)

**V**

**VALEUR P**

## A

### ANNÉES-PERSONNES (Voir aussi INCIDENCE)

Les années-personnes décrivent la durée d'expérience ou d'exposition d'un ensemble d'individus observés pendant des périodes de temps qui varient. Il s'agit de la somme du temps pendant lequel chaque individu a été exposé, observé ou vulnérable.

L'abréviation « a.-p. » est parfois utilisée.

Par exemple, 100 personnes observées pendant une année, ou 50 personnes observées pendant deux années, équivalent chacun à 100 années-personnes d'étude :

1. 100 personnes  $\times$  1 année = 100 années-personnes
2. 50 personnes  $\times$  2 années = 100 années-personnes

Les années-personnes sont souvent utilisées comme **dénominateur**, dans le **taux d'incidence**. (Pour un exemple d'usage des années-personnes dans ce contexte, voir la définition du taux d'incidence.)

Les années-personnes servent également de **dénominateur** au calcul de la **densité de l'incidence**. Si des participants abandonnent une étude avant qu'elle prenne fin, les années-personnes peuvent être utilisées pour calculer l'incidence.

Par exemple, imaginons que 100 personnes participent à une étude de 5 années. Parmi elles, 85 participants complètent l'étude; les 15 autres l'ont abandonnée après 2 années. Les années-personnes se calculent ainsi :

$$\begin{aligned} &+ (85 \text{ personnes} \times 5 \text{ années}) = 425 \text{ années-personnes} \\ &\quad \underline{(15 \text{ personnes} \times 2 \text{ années}) = 30 \text{ années-personnes}} \\ &= 455 \text{ années-personnes} \end{aligned}$$

## BASES DE DONNÉES DE SÉRODIAGNOSTIC

Au Canada, la plupart des laboratoires de santé publique maintiennent des bases de données de sérodiagnostic. Ils conservent une gamme de renseignements relatifs aux résultats de tous les tests du VIH. Ces bases de données surveillent les sous-types du VIH et ses mutations, en plus de fournir des informations utiles sur les caractéristiques et **proportions** de diverses populations, telles les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HRSH) et les utilisateurs de drogue par injection ayant reçu un résultat positif au test du VIH.

## CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

L'expression « caractéristiques démographiques » est souvent employée pour décrire les traits d'une population ou d'un groupe. Ces caractéristiques peuvent comprendre des données sur l'âge, le sexe, l'occupation et l'origine ethnique. Les caractéristiques démographiques n'incluent pas le comportement individuel.

Par exemple, on a effectué des entrevues pour obtenir des renseignements personnels de patients externes séropositifs au VIH, identifiés par la HIV Ontario Observational Database (HOOD). L'entrevue comprenait des questions relatives au sexe, à l'âge, au revenu, à la scolarité et à la situation d'emploi des répondants. Ces données ont servi à déterminer s'il y a des différences entre les caractéristiques démographiques des patients externes qui prennent des antirétroviraux et de ceux qui n'en prennent pas (Furler et coll., 2001).

Un « profil démographique » décrit les caractéristiques actuelles d'une population ou d'un groupe.

Des chercheurs ont dressé le profil démographique d'un groupe de 229 jeunes adultes qui s'injectent des drogues à Baltimore, au Maryland : « L'âge **médian** est 23,5 ans (**étendue** = 18-29 ans); 79 % sont d'origine afro-américaine; 54 % sont des femmes; et 61 % n'ont pas terminé leurs études de niveau secondaire ou l'équivalent. » (Garfein et coll., 1998)

### CAS (Voir aussi CAS DE SIDA)

Un cas est une personne atteinte d'une maladie particulière. Divers critères peuvent être utilisés pour identifier les cas. Les cas peuvent inclure les personnes inscrites dans les bases de données et rapports de **surveillance**. Le terme « cas » sert souvent à désigner les individus qui consultent un professionnel de la santé.

Par exemple, on peut considérer qu'une personne qui a reçu un diagnostic de VIH est un cas de VIH; 2 119 cas de VIH ont été déclarés au Canada, en 2000. Dans un contexte plus général : « Le D<sup>r</sup> Smith a examiné les dossiers des 100 cas rencontrés à sa clinique ce mois-ci. »

## CAS DE SIDA (Voir aussi DÉCLARATION DES CAS DE SIDA, CAS)

Un cas de sida est une personne qui a reçu un **diagnostic de sida**. Lorsqu'un professionnel de la santé signale ce cas de sida aux autorités locales de santé publique, la personne est considérée comme un **cas de sida déclaré**, dans les bases de données et rapports de **surveillance**.

## CAS DE SIDA DÉCLARÉS (Voir aussi DÉCLARATION DES CAS DE SIDA et items 6, 8, 14, 16 et 17 de la FAQ)

Les **cas de sida** déclarés sont ceux pour lesquels des renseignements sur le patient ont été transmis au gouvernement provincial ou territorial, qui a ensuite déclaré les cas au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI). (Ils sont aussi appelés « cas de sida répertoriés » ou « rapportés ».)

Par exemple, s'il est affirmé que « La **proportion** des cas de sida répertoriés attribués à l'injection de drogue est passée de 8,3 % en 1995 à 21,7 % en 2000 » (Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2001d), cela signifie que l'on a signalé que l'injection de drogues était le plus important facteur de transmission du VIH dans 8,3 % des cas de sida déclarés au CPCMI, en 1995.

Il faut souligner que le nombre de cas de sida déclarés pendant une période ne reflète pas exactement le nombre total de cas de sida qui ont été diagnostiqués au Canada depuis le début de l'épidémie. Certains cas ne sont jamais déclarés pour diverses raisons, notamment si le médecin n'est pas au courant que la déclaration des cas de sida est requise par la loi. Ce phénomène est souvent appelé « sous-déclaration ».

Il y a aussi des délais importants dans la déclaration des cas de sida. On estime présentement que 23 % des nouveaux cas sont signalés au CPCMI

dans les trois mois, 45 % dans les six mois, 65 % dans l'année, 82 % dans les deux années et 95 % dans les cinq années qui suivent le diagnostic. On parle alors de « retards dans la déclaration ».

## **CATÉGORIE D'EXPOSITION** (Voir aussi **items 1-3 et 8 de la FAQ**)

Dans la **surveillance** du VIH/sida, la catégorie d'exposition représente la voie la plus probable par laquelle une personne a pu contracter le VIH (la façon la plus probable par laquelle le VIH lui aurait été transmis).

Une personne peut signaler aucun ou plusieurs **facteurs de risque** associés au VIH. Même si tous les facteurs de risque sont associés à un cas et compilés dans la base de données nationale sur le VIH/sida, l'enregistrement du cas dans la base de données sur la surveillance nationale du VIH retiendra une seule catégorie d'exposition. Une personne qui déclare plusieurs facteurs de risque sera classée dans la catégorie liée à l'activité ou à la situation comportant le plus grand risque de transmission du VIH.

Par exemple, Jean-François explique au professionnel de la santé qui transmet sa requête de test, qu'il s'injecte des drogues et qu'à quelques reprises il n'a pas utilisé de condom, lors de rapports sexuels avec sa partenaire sexuelle, qui est séropositive.

Puisque l'injection de drogues est considérée plus risquée, selon la **hiérarchie des catégories d'exposition**, Jean-François serait classé dans la catégorie d'exposition des utilisateurs de drogues par injection (**UDI**).

Autre exemple : Damien explique au professionnel de la santé qui transmet sa requête de test, qu'il s'injecte des drogues et qu'à quelques reprises il n'a pas utilisé de condom, lors de rapports sexuels avec son partenaire sexuel, qui est séropositif.

Dans le système de surveillance du VIH/sida, on considère que les faits de s'injecter des drogues et d'être un homme qui a des rapports sexuels avec des hommes comportent un risque égal de transmission du VIH. Damien serait donc classé dans la catégorie **HRSH/UDI**.

Les catégories d'exposition utilisées dans le système canadien de surveillance du VIH/sida sont les suivantes :

### ■ **Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HRSH)**

Hommes qui déclarent avoir eu des rapports sexuels avec des hommes – y compris des contacts homosexuels ou bisexuels (i.e. certains expliqueront avoir eu aussi des rapports sexuels avec des femmes). Cette catégorie fait référence au comportement sexuel (à « l'activité sexuelle ») et non à l'identité sexuelle auto-déclarée de l'individu.

(Autres expressions utilisées : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; hommes homosexuels et bisexuels; autres acronymes rencontrés : HRH ou HARSAH.)

### ■ **Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui sont utilisateurs de drogues par injection (HRSH/UDI)**

Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et qui s'injectent des drogues. (On rencontre aussi l'acronyme HRH/UDI.)

### ■ **Utilisateurs de drogues par injection (UDI)**

Le terme désigne les personnes qui consomment de la drogue en se l'injectant. (L'expression « utilisateur de drogues injectables » a aussi été utilisée.)

L'acronyme « UDI » est parfois utilisé aussi pour désigner l'« usage de drogues par injection ». Dans le présent guide, pour éviter la confusion possible entre la personne et l'activité, nous ne l'utilisons pas dans ce deuxième sens, choisissant d'écrire plutôt « injection de drogues ».

### ■ **Sang/produits sanguins**

- (a) **Receveur de sang/produits sanguins** : Avant 1998, il était impossible de subdiviser cette catégorie d'exposition. Cependant, depuis 1998, on la sépare en sous-catégories (b) et (c), lorsque cela est possible.
- (b) **Receveur de sang** : personne qui a reçu une transfusion de sang entier ou de composants sanguins, comme des concentrés de globules rouges, du plasma, des plaquettes ou des cryoprécipités.
- (c) **Receveur de facteurs de coagulation** : personne qui a reçu des produits provenant d'un regroupement de concentrés de facteurs de coagulation VIII ou IX, pour le traitement de l'hémophilie ou d'une autre coagulopathie.

## ■ Contact hétérosexuel/endémique

Avant 1998, il s'agissait d'une catégorie d'exposition combinée, mais elle a depuis été divisée en deux sous-catégories :

- (a) **Originaire d'un pays de profil II** : personne née dans un pays où les contacts hétérosexuels sont la principale voie de transmission du VIH.
- (b) **Contact hétérosexuel avec une personne à risque** : personne déclarant des contacts hétérosexuels avec une personne séropositive au VIH ou très vulnérable à l'infection.

Dans ce cas, les personnes très vulnérables au VIH pourraient inclure : utilisateurs de drogues par injection; HRSH; personnes nées dans un pays où les contacts hétérosexuels sont la principale voie de transmission du VIH; personnes hémophiles ou ayant une coagulopathie; personnes que l'on suspecte d'avoir le VIH ou le sida.

## ■ Transmission hétérosexuelle (ARS-HET)

Si les contacts hétérosexuels sont le seul **facteur de risque** signalé et que l'on ne connaît pas les risques d'exposition du partenaire, le **cas** est classé dans la catégorie « Aucun risque signalé – hétérosexuel (ARS-HET) ».

## ■ Exposition professionnelle

Exposition à du sang ou des liquides organiques contenant du VIH, ou au virus concentré, en milieu professionnel.

## ■ Autres

Cette catégorie est utilisée pour classer les cas dont la voie de transmission du VIH est connue, mais qui ne peuvent être classés dans aucune des catégories d'exposition définies ici.

## ■ Aucun risque signalé (ARS)

Lorsque les antécédents d'exposition au VIH par l'une des voies énumérées sont inconnus ou qu'aucun antécédent n'est signalé. Cette catégorie d'exposition peut inclure :

- les personnes qui font actuellement l'objet d'un suivi des services de santé locaux;
- les personnes dont les antécédents sont incomplets parce qu'elles sont décédées;

- les personnes dont les antécédents sont incomplets parce qu'elles ont refusé d'être interrogées ou n'ont pas eu de suivi;
- les personnes incapables d'identifier une voie de transmission.

### ■ **Catégorie d'exposition non signalée**

Dans certaines provinces, il est impossible de transmettre l'information sur la catégorie d'exposition. Ces cas sont classés dans la catégorie d'exposition « *non signalée* », utilisée uniquement pour la **déclaration de résultats positifs au test du VIH**.

### ■ **Transmission périnatale**

Transmission du VIH d'une mère séropositive à son fœtus ou nourrisson :

- durant la grossesse;
- durant la phase de travail;
- à l'accouchement; ou
- par l'allaitement maternel.

L'expression « transmission du VIH de la mère à l'enfant » est aussi utilisée.

## **CATÉGORIE ETHNIQUE** (Voir aussi **DÉCLARATION DE L'ORIGINE ETHNIQUE**)

Dans la **déclaration de résultats positifs au test du VIH** et des **cas de sida**, au Canada, le patient (et/ou le professionnel de la santé) a sept options pour décrire son origine ethnique.

Une communauté ethnique est un ensemble d'individus qui partagent une tradition culturelle et historique distincte, souvent associée à la race ou à la nationalité.

Les catégories ethniques sont les suivantes :

### ■ **Autochtone**

Inclut par exemple, les Inuits, Métis, Amérindiens et les personnes appartenant à des « groupes autochtones non spécifiés ».

### ■ **Asiatique**

Inclut les personnes originaires de l'Est de l'Asie; par exemple, du Cambodge, de la Chine, de l'Indonésie, du Japon, du Laos, de la Corée, des Philippines et du Viêt-nam.

### ■ **Noir**

Inclut par exemple, les personnes originaires du Zimbabwe, de l'Angola, d'Haïti et de la Jamaïque.

### ■ **Latino-américain**

Inclut par exemple, les personnes originaires de l'Amérique centrale, de l'Amérique du Sud et du Mexique.

### ■ **Asiatique du Sud/de l'Ouest/Arabe**

Inclut par exemple, les personnes originaires de l'Arménie, du Bangladesh, de l'Égypte, de l'Iran, du Liban, du Maroc, du Pakistan et du Sri Lanka.

### ■ **Blanc**

Inclut les personnes qui s'identifient comme blanches ou dont le médecin les identifie ainsi.

### ■ **Autres**

Si aucune des catégories ci-dessus ne correspond au patient, l'option « Autres » est cochée sur le formulaire.

## **COHORTE**

Une cohorte est un ensemble de personnes que l'on observe de manière suivie pendant une période donnée. Le terme peut être utilisé de façon générale, par exemple pour désigner un groupe d'étudiants inscrits au même programme scolaire, mais il s'applique plus souvent à un groupe d'individus faisant l'objet d'une étude.

En recherche, chaque membre d'une cohorte a des caractéristiques particulières. Ces caractéristiques connues peuvent inclure :

- le fait de ne pas être atteint de la maladie observée, au début de l'étude;

- le fait de s'adonner ou non à certains comportements à risque (**facteurs de risque**); ou
- le fait d'avoir ou non une expérience antérieure du traitement à l'étude.

Dans des recherches sur le VIH, par exemple, des individus ayant obtenu un résultat négatif sont suivis pendant une longue période pour observer, ultérieurement, comment l'avènement de nouvelles infections à VIH s'associe aux facteurs de risque.

Le terme « cohorte » est souvent employé en recherche sur le VIH/sida pour référer aux participants d'une **étude de cohorte**.

Par exemple, les participants à l'étude OMEGA de Montréal sont souvent appelés « la cohorte OMEGA »; celle-ci est décrite sous « ÉTUDE DE COHORTE ».

## CO-INFECTIION

Le fait d'avoir deux infections en même temps. Par exemple, une personne vit avec une co-infection si elle est porteuse du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC), ou du VIH et de la tuberculose (TB). Une infection peut stimuler la progression de l'autre.

## DÉCLARATION DE L'ORIGINE ETHNIQUE

(Voir aussi **items 8 et 14 de la FAQ**)

La déclaration de l'origine ethnique consiste à signaler l'origine ethnique d'un individu qui reçoit un diagnostic d'infection à VIH ou de sida. L'origine ethnique peut être **auto-déclarée** par le patient ou identifiée par son médecin. La documentation de l'origine ethnique, dans la **déclaration de résultats positifs au test du VIH** et des **cas de sida**, contribue à orienter l'élaboration et l'évaluation des programmes de prévention et de traitement.

En examinant l'information sur les cas de sida ou les résultats positifs au test du VIH dans les communautés ethniques au Canada, il est important de tenir compte des facteurs suivants qui peuvent affecter l'utilité de la déclaration de l'origine ethnique :

- Depuis le début de la déclaration jusqu'à la fin de l'année 2001, environ 15 % des déclarations de cas de sida et 93 % des déclarations de résultats positifs au test du VIH (enregistrées dans le système national de **surveillance** du VIH/sida) ne renfermaient aucune donnée sur l'origine ethnique.
- Des patients peuvent refuser de déclarer leur origine ethnique. Cela causerait un phénomène de sous-représentation : le nombre d'individus identifiant correctement leur origine ethnique peut être inférieur au nombre réel d'individus qui devraient figurer dans cette catégorie. Par conséquent, le nombre déclaré de personnes appartenant à une catégorie peut être inexact.
- Sur le formulaire de déclaration des cas de sida, les choix qui s'offrent présentement aux patients et aux médecins sont limités à six **catégories ethniques** et à une catégorie « Autres ». Puisqu'il faut cocher une case de la liste prédéfinie, la marge de manœuvre est restreinte et cela peut affecter l'exactitude de la déclaration d'origine ethnique.
- Les variations dans l'exhaustivité des déclarations sur l'origine ethnique entre provinces et territoires pourraient entraîner une sous-représentation ou une surreprésentation de l'infection à VIH parmi certaines communautés ethniques.

## DÉCLARATION DE RÉSULTATS POSITIFS AU TEST DU VIH (Voir aussi CAS DE SIDA DÉCLARÉS et items 7, 8, 10, 11, 13, 14 et 18 de la FAQ)

La déclaration d'un résultat positif au test du VIH consiste en la documentation d'une infection à VIH confirmée et signalée.

La déclaration comprend de l'information sur le patient, des données de laboratoire et la mention d'activités qui ont exposé le patient au VIH. Il s'agit de l'essentiel des données de **surveillance** déclarées au niveau provincial/territorial, ainsi qu'au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) au niveau fédéral. L'information transmise au CPCMI ne contient pas de nom et n'identifie personne.

La déclaration de résultats positifs n'inclut pas les personnes qui pourraient être séropositives mais qui n'ont pas subi de test, ni celles qui ont reçu un résultat positif n'ayant pas été transmis au CPCMI.

La déclaration d'un résultat positif au test du VIH réfère au moment du diagnostic du VIH, et non à celui de l'infection. Le VIH a pu être contracté bien avant. Il est donc important de considérer la déclaration de résultats positifs au test du VIH comme faisant état des nouveaux *diagnostics* signalés, plutôt que des nouveaux *cas d'infection*.

## DÉCLARATION DES CAS DE SIDA (Voir aussi CAS DE SIDA, CAS DE SIDA DÉCLARÉS et items 6, 8 et 9 de la FAQ)

La déclaration d'un cas de sida consiste en la documentation d'un **diagnostic de sida** confirmé et signalé.

La déclaration renferme de l'information sur le patient, des données de laboratoire et la mention des activités qui ont exposé le patient au VIH. Il s'agit de l'essentiel des données de **surveillance** déclarées aux niveaux provincial et territorial, ainsi qu'au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), au niveau fédéral. L'information transmise au CPCMI ne contient pas de nom et n'identifie personne.

## DÉNOMINATEUR

Le dénominateur est le chiffre du bas, dans une fraction; le chiffre du haut est le **numérateur**. La fraction peut servir à calculer une **proportion** ou un **taux**.

Le dénominateur représente habituellement une population ou un groupe d'individus vulnérables à une maladie (**population vulnérable**). En **épidémiologie**, le numérateur représente habituellement le nombre d'individus de la population vulnérable qui sont affectés par un événement particulier.

Par exemple, dans les « Estimations de la prévalence et de l'incidence nationales du VIH pour 1999 », parues dans le numéro de mai 2001 des *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, on rapportait qu'environ 49 800 personnes vivaient avec l'infection à VIH (y compris le sida) au Canada, à la fin de 1999. Parmi celles-ci, on estimait que 6 800 étaient des femmes (Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, 2001b).

En utilisant ces nombres comme numérateur et dénominateur, on peut estimer la proportion de femmes qui composent la population des personnes vivant avec le VIH/sida au Canada :

$$\begin{aligned} \frac{\text{numérateur}}{\text{dénominateur}} &= \frac{\text{nombre estimé de femmes vivant avec le VIH/sida}}{\text{estimé total des Canadiens vivant avec le VIH/sida}} \\ &= \frac{6\,800}{49\,800} = 0,1365 \end{aligned}$$

Cela signifie qu'environ 13,65 % ( $0,1365 \times 100$ ) de la population estimée de Canadiens vivant avec le VIH/sida à la fin de 1999 sont des femmes.

## DENSITÉ DE L'INCIDENCE (Voir annexe à la page 57)

## DÉPISTAGE (Consulter OPTIONS DE TEST DU VIH)

### DÉPISTAGE ANONYME NON RELIÉ

Le dépistage anonyme non relié est un mode d'analyse d'échantillons de sang ou de salive pour déceler la présence d'anticorps anti-VIH. Une de ses particularités est qu'aucun renseignement personnel n'est noté au sujet de l'individu ayant fourni l'échantillon; il est donc impossible de rattacher le résultat du test à cet individu. Personne, ni même l'individu testé, ne pourra savoir qui a un résultat positif ou négatif. (On appelle aussi cette pratique « dépistage anonyme non corrélé » ou « recherche anonyme et non reliée ».)

Autre particularité, le dépistage du VIH anonyme non relié est souvent pratiqué sur des échantillons de sang non utilisés qui avaient été prélevés pour d'autres raisons médicales, comme le test de la rubéole durant la grossesse. Tous les renseignements d'identification personnelle sont retirés de l'échantillon avant qu'il ne soit utilisé pour le dépistage anonyme non relié.

Ce type de dépistage est utilisé dans plusieurs pays à des fins de **surveillance** – mais à l'heure actuelle, au Canada, il sert surtout à la recherche. On l'utilise pour mesurer la présence de l'infection à VIH dans une population spécifique, plutôt que chez un individu.

Les résultats du dépistage du VIH anonyme non relié ne sont pas utiles sur le plan individuel, mais ils peuvent fournir d'importantes données sur l'infection à VIH parmi une population spécifique.

Par exemple, un dépistage anonyme non relié a été effectué sur tous les échantillons restants de sérum sanguin (sang) prélevés d'hommes et de femmes correspondant aux critères établis et fréquentant une clinique de maladies transmissibles sexuellement (MTS) en Alberta, entre mai 1994 et mai 1995. Les prises de sang avaient été faites pour des tests systématiques pour la syphilis, l'hépatite B ou le VIH. L'étude a révélé un **taux de prévalence** du VIH de 1,5 % parmi ce groupe (Romanowski, Campbell, et Preiksaitis. et coll., 1997).

## **DIAGNOSTIC DE SIDA** (Voir aussi **items 8, 16 et 17 de la FAQ**)

Au Canada, le sida est diagnostiqué si une personne a :

1. obtenu un résultat positif au test du VIH;
2. une ou plusieurs maladies cliniques (ou pathologies révélatrices) associées au sida.

Il s'agit de la définition actuelle du sida (2002), en vigueur dans tous les territoires et toutes les provinces du Canada. Elle prévaut également dans 48 pays de la région européenne de l'Organisation mondiale de la Santé, ainsi qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande. Aux États-Unis, une personne doit avoir un compte de lymphocytes T4 inférieur à 200 par millimètre cube de sang (< 200/ $\mu$ L), pour recevoir un diagnostic de sida.

La définition canadienne du diagnostic de sida a évolué avec la découverte de nouveaux faits à propos de la maladie. Par exemple, en 1993, on a ajouté à la liste dressée en 1987 les trois pathologies révélatrices suivantes :

- Tuberculose pulmonaire : tuberculose (TB) dans les poumons;
- Pneumonie bactérienne récurrente : pneumonie qui réapparaît, ou qui ne se résorbe pas, souvent due à des infections bactériennes ou fongiques qui ne causent généralement pas de pneumonie chez les personnes dont le système immunitaire est intact;
- Cancer invasif du col utérin.

On a procédé à ces ajouts pour répondre aux préoccupations de sous-estimation du nombre de cas de sida chez les femmes, les utilisateurs de drogues par injection et d'autres populations.

## **DONNÉES AUTO-DÉCLARÉES**

En recherche, les données auto-déclarées sont les renseignements donnés directement par les participants à l'étude.

Les données auto-déclarées peuvent parfois être inexactes, pour diverses raisons. Par exemple, en répondant à des questions sur de récents comportements à risque pour le VIH,

- une personne pourrait ne pas se souvenir exactement de tous les détails relatifs à ses comportements passés qui pourraient l'avoir exposée au VIH;
- une personne pourrait choisir de ne pas dévoiler ces détails, par crainte de stigmatisation ou de réaction négative de l'interviewer;
- une personne pourrait exagérer ces détails en croyant que cela pourrait aider ou impressionner l'interviewer.

Puisque l'utilisation exclusive de données auto-déclarées n'est pas toujours la meilleure façon de procéder, on a parfois recours à des sources supplémentaires pour vérifier ce type de données.

## **DONNÉES DE BASE**

Les données sont un groupement ou un ensemble d'informations. Les données de base sont les renseignements recueillis au début d'une étude, ou

lorsqu'un participant s'y inscrit. Si un questionnaire est utilisé pour recueillir les données de base, on l'appelle « questionnaire initial ».

On recueille souvent des données au début d'une étude, pour vérifier si elles évoluent avec le temps ou à l'issue d'un traitement ou d'une intervention que l'on étudie.

Des données de suivi peuvent être recueillies à tout moment après la collecte des données de base. Elles peuvent être recueillies une seule fois, à la fin de l'étude, ou plusieurs fois durant son déroulement.

## **DONNÉES DE SUIVI** (Consulter **DONNÉES DE BASE**)

## ENDÉMIQUE (Voir aussi ÉPIDÉMIE)

La définition **épidémiologique** typique du terme « endémique » réfère à la présence constante d'une maladie dans une région géographique ou une population particulière. Elle fait aussi référence à une maladie dont les **taux de prévalence et d'incidence** sont relativement élevés, par rapport aux autres régions ou populations.

Dans la recherche sur le VIH/sida, on donne une autre définition au terme « endémique ». Il peut désigner un pays où le VIH se transmet principalement par contacts hétérosexuels. Un pays « endémique » est parfois appelé « pays de profil II ».

Au Canada, dans les déclarations aux fins de **surveillance** du VIH/sida, il existe une **catégorie d'exposition** pour les personnes séropositives dont le plus important facteur de risque est d'être originaire d'un pays où le VIH est endémique.

## ÉPIDÉMIE (Voir aussi ÉPIDÉMIOLOGIE)

Une épidémie consiste en l'avènement d'un nombre de **cas** d'une maladie supérieur à ce qui est normalement attendu dans une population, une communauté ou une région.

L'épidémie de sida a été identifiée peu après que les premiers cas aient été diagnostiqués, au début des années 80. À la fin de cette même décennie, le VIH/sida s'était propagé dans le monde entier (une épidémie que l'on peut alors appeler « pandémie »).

## ÉPIDÉMIOLOGIE (Voir aussi **item 23 de la FAQ**)

L'épidémiologie consiste en l'étude de l'avènement, de la répartition et des facteurs associés à la santé et à la maladie, dans une population.

Elle a pour buts d'identifier les sources et les causes des maladies et de trouver des moyens pour les contrôler et les prévenir.

Par exemple, l'étude Polaris qui se déroule en Ontario est un exemple de recherche épidémiologique. Ses objectifs sont notamment de déterminer les **taux** de nouveaux cas d'infection à VIH; d'identifier des facteurs associés à l'infection; et d'évaluer l'impact de traitements et de soins précoces.

## ÉTAT SÉROLOGIQUE (Voir aussi SÉROCONVERSION)

Résultat d'un test sanguin. Pour le VIH, l'état sérologique (ou le résultat de test) d'une personne peut être négatif ou positif.

Une personne qui obtient un résultat positif au test du VIH est considérée séropositive. Si elle obtient un résultat négatif, elle est séronégative.

## ÉTENDUE

L'étendue est un exemple de **mesure descriptive** qui représente l'écart entre les résultats. Dans tout ensemble de valeurs, l'étendue est égale à la plus grande valeur, moins la plus petite.

Par exemple, si 11 utilisateurs de drogues par injection (UDI) ont déclaré avoir reçu un résultat positif au test du VIH aux âges suivants :

19, 21, 24, 27, 29, 31, 32, 32, 32, 36, 39

l'étendue est de 20 (39 moins 19), pour l'âge auquel les UDI ont appris leur séropositivité.

On pourrait aussi dire que « L'âge auquel les UDI ont appris leur séropositivité *s'étend* de 19 à 39 ans ».

## ÉTUDE DE COHORTE

L'étude de cohorte a pour but d'examiner l'avènement de nouveaux cas d'une maladie, ou le lien entre la réaction à un traitement et des facteurs particuliers. Ces facteurs peuvent être notés au début de l'étude et/ou pendant son déroulement.

L'étude de cohorte commence par la sélection d'un groupe de participants, que l'on appelle « **cohorte** ».

La cohorte est étudiée pendant une période établie – des semaines, des mois, des années ou des décennies. Des **données de suivi** sont recueillies à des moments réguliers et spécifiques, au moyen de questionnaires, d'entrevues individuelles, de tests de laboratoire, d'exams médicaux ou d'une combinaison de ces méthodes.

L'étude de cohorte est parfois appelée étude « prospective » ou « longitudinale ».

Par exemple, le recrutement de participants à l'étude de cohorte OMEGA a commencé en octobre 1996, dans la région de Montréal. À l'inscription, chaque participant a subi un test du VIH et rempli un questionnaire. Les participants ont ensuite rempli ce même questionnaire à tous les six mois. Les hommes qui ont obtenu un résultat négatif au test du VIH et donné un consentement de participation à l'étude ont été sélectionnés. Durant les quatre premières années de l'étude, 15 hommes de la cohorte ont contracté le VIH. L'analyse statistique des données recueillies grâce aux questionnaires a révélé que les nouvelles infections à VIH étaient liées à divers facteurs, notamment un faible revenu, l'usage de drogues et le fait d'avoir six partenaires sexuels réguliers et plus (Remis et coll., 2001).

## F

### **FACTEUR DE RISQUE** (Voir aussi **item 3 de la FAQ**)

Un facteur de risque est un aspect du comportement ou du mode de vie de quelqu'un, une caractéristique avec laquelle une personne est née, ou un événement auquel elle a été exposée et qui est associé à une condition de santé particulière.

Un risque *comportemental* réfère à un comportement particulier (ou à une activité) qui comporte un risque démontré de causer certains résultats. Dans la recherche sur le VIH/sida, on parle souvent de « comportement à risque pour le VIH » pour désigner un comportement dont la pratique comporte un risque connu d'infection à VIH.

Au moment de la déclaration d'un cas, les facteurs de risque associés au VIH, chez un individu, servent à déterminer la **catégorie d'exposition** à indiquer dans le rapport de résultat positif au test du VIH.

Par exemple, l'injection de drogues avec une seringue usagée est un facteur de risque associé à l'infection à VIH. Puisque celui-ci se rapporte au comportement d'une personne, on peut dire qu'il s'agit d'un « facteur de risque comportemental associé au VIH ». Plus généralement, on peut l'appeler « facteur de risque pour le VIH ».

### **FACTEUR DE RISQUE COMPORTEMENTAL**

(Consulter **FACTEUR DE RISQUE**)

## HIÉRARCHIE DES CATÉGORIES D'EXPOSITION

(Voir aussi **items 1 et 3 de la FAQ**)

Chaque **déclaration de résultat positif au test du VIH** et de **cas de sida** mentionne une seule **catégorie d'exposition**, selon une hiérarchie établie des facteurs de risque associés au VIH. Le type d'exposition ou le facteur de risque que l'on considère le plus significatif, pour l'infection à VIH, est placé au haut de la hiérarchie; le type d'exposition ou le facteur de risque que l'on considère le moins significatif est placé au bas de la hiérarchie.

Cette hiérarchie sert à déterminer la catégorie qui sera retenue pour la déclaration de chaque résultat positif au test du VIH et de chaque cas de sida. Si plusieurs types d'exposition sont signalés, le **cas** est classé dans la catégorie d'exposition placée au rang le plus élevé dans la hiérarchie.

On procède présentement à une révision de la hiérarchie, pour assurer qu'elle reflète les données les plus récentes sur les risques de transmission du VIH.

## **INCIDENCE** (Voir aussi **TAUX D'INCIDENCE** et **items 18-21 de la FAQ**)

L'incidence est le nombre de *nouveaux* cas d'une maladie particulière qui surviennent dans une population pendant une période donnée.

L'incidence du VIH est le nombre de personnes d'une population qui ont contracté l'infection à VIH pendant une période donnée.

La connaissance ou l'estimation du nombre de nouveaux cas d'une maladie pendant une période donnée offre un aperçu de la vitesse de propagation de cette maladie. Dans la recherche sur le VIH/sida, l'incidence donne une idée de la vitesse à laquelle se propage l'**épidémie** de VIH.

L'incidence peut être exprimée par un nombre ou par un taux (voir **Taux d'incidence**).

L'incidence diffère de la **prévalence**; mais les deux notions sont souvent confondues.

## **INCIDENCE CUMULATIVE** (Voir annexe à la page 57)

## **INTERVALLE DE CONFIANCE (IC)**

(Voir aussi **SIGNIFICATION STATISTIQUE, VALEUR P**)

L'analyse statistique des données de recherche ne procure pas des résultats exacts à 100 %. Les résultats rapportés par une étude sont les plus probables. L'intervalle de confiance est une estimation de l'écart entre la plus petite valeur (limite inférieure) et la plus grande valeur (limite supérieure) de résultat possible. Le véritable résultat de l'étude se situe probablement à l'intérieur de cet intervalle de confiance. Plus l'intervalle est petit, plus le résultat rapporté a des chances d'être précis.

La plupart des études présentent leurs résultats avec un intervalle de confiance de 95 % – ce qui signifie qu'il y a 95 % de chances que le véritable résultat de l'étude se situe à l'intérieur des limites identifiées. Dans les sondages d'opinion, on réfère parfois à un intervalle de confiance de 95 % en affirmant que « les résultats sont exacts 19 fois sur 20 » (ce qui équivaut à

95 %). Il est donc probable à 95 % que les véritables résultats de l'étude se situent dans l'intervalle précisé.

L'intervalle de confiance est calculé au moyen de formules mathématiques et d'un ensemble de données.

L'abréviation de l'intervalle de confiance est « IC ».

Dans un exemple hypothétique, on pourrait lire : « Parmi un groupe d'utilisateurs de drogues par injection (UDI), la proportion de personnes vivant avec le VIH (**prévalence**) a été estimée à 18,6 %, avec un IC de 95 %, entre 12,9–24,0 ». Cela signifie que les chercheurs sont sûrs à 95 % que le véritable taux de prévalence se situe entre 12,9 % et 24,0 %.

Si le groupe à l'étude était composé de 1 000 UDI, on dirait qu'environ 186 (18,6 %) d'entre eux vivent avec le VIH. Il serait plus exact d'affirmer que les chercheurs sont sûrs à 95 % qu'entre 129 (12,9 %) et 240 (24,0 %) des UDI de l'étude vivent avec le VIH.

## M

### MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

(Voir aussi **items 6 et 7 de la FAQ**)

Une maladie à déclaration obligatoire est une maladie jugée suffisamment importante sur le plan de la santé publique pour que l'on rende obligatoire la déclaration des cas observés aux autorités.

Son signalement est requis par la loi aux autorités de santé publique de la région où le diagnostic a été établi.

Au Canada, le *sida* est une maladie à déclaration obligatoire. La déclaration des cas de sida est requise par la loi dans tous les territoires et provinces du pays. La déclaration s'effectue au niveau provincial/territorial.

Au Canada, la déclaration de *l'infection à VIH* est requise par la loi dans tous les territoires et provinces du pays, sauf en Colombie-Britannique.

Les provinces et territoires transmettent leurs données sur les cas de sida et de VIH au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), au niveau fédéral. Cette démarche volontaire est effectuée soit par les départements de santé publique provinciaux ou territoriaux, soit par les laboratoires provinciaux d'essai (pour le VIH, en Colombie-Britannique et au Québec).

### MÉDIANE

La médiane est un exemple de **mesure descriptive**. Il s'agit de la valeur qui sépare au milieu un ensemble de données, lorsqu'elles sont classées de la plus petite à la plus grande. Autrement dit, la moitié des valeurs se trouve avant la médiane et l'autre moitié se trouve après.

Si 11 utilisateurs de drogues par injection (UDI) ont rapporté avoir reçu un résultat positif au test du VIH aux âges suivants

19, 21, 24, 27, 29, **31**, 32, 32, 32, 36, 39

l'âge médian auquel les 11 UDI ont appris leur séropositivité est la sixième valeur, soit 31.

Si le nombre total de valeurs est un chiffre pair, la médiane devient alors la **moyenne** des deux valeurs centrales.

Si 10 utilisateurs de drogues par injection (UDI) ont rapporté avoir reçu un résultat positif au test du VIH aux âges suivants

19, 21, 24, 27, **29, 31**, 32, 32, 32, 36

l'âge médian auquel les 10 UDI ont appris leur séropositivité est la moyenne des deux valeurs centrales, soit 30 ( $29 + 31 = 60$ , divisé par 2).

## MESURES DESCRIPTIVES

Les mesures descriptives servent à organiser et à décrire des données. La **moyenne**, la **médiane**, le **mode** et l'**étendue** en sont des exemples. (Ces mesures sont aussi appelées « statistiques descriptives ».)

Par exemple, voici l'âge de 12 femmes ayant obtenu un résultat positif à un test du VIH en 2001 (sans mesure descriptive)

18, 23, 27, 34, 21, 31, 36, 23, 19, 42, 32, 33

On le constate, il est difficile (voire impossible) de noter des **tendances** générales dans ces données, jusqu'à ce que l'on y mette de l'ordre. L'application de mesures descriptives en révélera davantage sur les données.

En calculant la moyenne, dans l'exemple ci-dessus, nous constatons que la moyenne d'âge (ou âge moyen) des 12 femmes ayant obtenu un résultat positif à un test du VIH en 2001 est de 28 ans.

D'autres exemples accompagnent les définitions de « moyenne », « médiane », « mode » et « étendue ».

# MÉTHODOLOGIE

La section « méthodologie » d'un rapport ou d'une étude décrit la démarche (méthodes) et les principes utilisés par les chercheurs – y compris le recrutement des participants et la collecte, l'organisation et l'analyse des données.

Par exemple, dans un rapport sur la Vancouver Injection Drug Users Study (VIDUS), on pourrait lire « les méthodes utilisées dans cette étude comprennent... » ou simplement « plus de 1 400 utilisateurs de drogues par injection (UDI) ont été recrutés entre mai 1996 et décembre 2000. Des visites de **suivi** étaient effectuées à tous les six mois; elles comportaient l'administration d'un questionnaire détaillé et d'un test sanguin. Les données sur les comportements et l'usage de drogues, recueillies lors de chaque visite, ont été comparées entre elles au moyen de tests statistiques ». Ces renseignements forment la méthodologie ou la section des méthodes, dans un rapport d'étude (Tyndall et coll., 2001).

## MODE

Le mode est un exemple de **mesure descriptive**. Il s'agit de la valeur qui apparaît le plus souvent. Autrement dit, le mode identifie le résultat le plus populaire ou fréquent.

Si 11 utilisateurs de drogues par injection (UDI) ont rapporté avoir reçu un résultat positif au VIH aux âges suivants

19, 24, 32, 32, 27, 29, 21, 32, 36 39, 31

l'âge le plus souvent cité auquel les UDI ont appris leur séropositivité est 32 ans. Le mode est donc 32.

## MOYENNE

La moyenne est un exemple de **mesure descriptive**. Parmi toutes les mesures descriptives, la moyenne est celle que l'on évoque le plus souvent.

Pour calculer la moyenne, il suffit d'additionner les résultats individuels relatifs à l'élément observé, puis de diviser cette somme par le nombre total de résultats.

Les symboles  $M$  ou  $X$  représentent souvent la moyenne.

Par exemple, si 11 utilisateurs de drogues par injection (UDI) ont rapporté avoir reçu un résultat positif au test du VIH aux âges suivants

19, 24, 32, 32, 27, 29, 21, 32, 36, 39, 31

l'âge moyen auquel les 11 UDI ont appris leur séropositivité se calculerait comme suit 322 (somme de l'âge de chacun) divisé par 11 (nombre total d'UDI), soit 29 ans.

# N

**NUMÉRATEUR** (Consulter **DÉNOMINATEUR**)

## OPTIONS DE TEST DU VIH (Voir aussi items 4 et 11 de la FAQ)

Les Canadiens qui décident de subir un test du VIH ont jusqu'à trois options, selon la province ou le territoire où ils en font la demande :

1. Test anonyme;
2. Test nominal/signalétique;
3. Test non nominal/non signalétique.

### 1. Test anonyme (aussi appelé « dépistage anonyme »)

- Habituellement disponible dans des cliniques spécialisées, organisées et soutenues par des unités de santé publique.
- Disponible dans huit provinces (2002) : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Ontario, Québec, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador.
- Le professionnel qui transmet la requête de test ne connaît *pas* l'identité de la personne testée.
- Le test du VIH est effectué au moyen d'un code. Le professionnel qui transmet la requête et le laboratoire qui effectue le test sur l'échantillon sanguin ne connaissent pas l'identité de la personne associée au code.
- Seuls l'âge, le sexe et les **facteurs de risque** de la personne testée sont enregistrés. D'autres renseignements personnels, tels l'origine ethnique, peuvent aussi être notés, selon la province, le territoire ou le centre où le test est effectué. Ces données sont souvent recueillies pour dresser le profil de la clientèle des centres de test – ce qui permet d'améliorer les services offerts à ces individus ainsi qu'à ceux qui n'y ont pas recours.
- Si le résultat est positif, le patient a la responsabilité de notifier son ou ses partenaires sexuels et d'injection, mais il peut demander l'aide du professionnel qui a transmis sa requête de test. Les contacts doivent être informés qu'ils ont pu être exposés à une infection transmissible sexuellement et qu'ils devraient consulter un médecin, une clinique médicale ou un centre de santé communautaire pour demander du counselling et un test.

- Le résultat n'est *pas* inscrit au dossier médical de la personne testée. La personne testée est la seule qui peut décider de faire inscrire ce résultat dans son dossier médical.

## 2. Test nominal/signalétique (aussi appelé « test nominatif »)

- Peut être effectué à plusieurs endroits, y compris dans des cliniques et des cabinets de médecins.
- Disponible dans tous les territoires et provinces, sauf au Manitoba (2002).
- Le professionnel qui transmet la requête de test au laboratoire connaît l'identité de la personne testée.
- La requête de test indique le nom du patient.
- On prend en note des renseignements sur le patient (comme l'âge, le sexe, la ville de résidence, le nom du professionnel de la santé qui pose le diagnostic, le pays de naissance); les détails sur les **facteurs de risque** (p. ex., si elle fait usage de drogues par injection); et les données de laboratoire (qui peuvent inclure des renseignements relatifs au premier test du patient ayant donné un résultat positif).
- Si le résultat est positif, le professionnel qui a transmis la requête de test a l'obligation légale d'informer les autorités de santé publique du nom du patient, dans les provinces et territoires où l'infection à VIH est une **maladie à déclaration obligatoire**.
- Si le résultat est positif, la personne qui a transmis la requête a la responsabilité, avec la personne testée, de notifier les partenaires sexuels et d'injection.
- Si cela n'est pas fait, un responsable de la santé publique demandera les noms de ces contacts et les informera qu'ils ont pu être exposés à une infection transmissible sexuellement et qu'ils devraient consulter un médecin, une clinique médicale ou un centre de santé communautaire pour demander du counselling et un test. Le responsable ne mentionnera pas le nom de la personne ayant reçu le résultat positif.
- Le résultat est inscrit au dossier médical de la personne testée.

### **3. Test non nominal/non signalétique** (aussi appelé « test non nominatif »)

Semblable au test nominal/signalétique, à l'exception des aspects suivants :

- Disponible dans tous les territoires et provinces (2002).
- La requête de test est effectuée au moyen d'un code ou des initiales du patient.
- Si le résultat du test est positif, un responsable de la santé publique demandera au professionnel qui a transmis la requête si les partenaires sexuels et d'injection du patient ont été notifiés. Ces contacts doivent être informés qu'ils ont pu être exposés à une infection transmissible sexuellement et qu'ils devraient consulter un médecin, une clinique médicale ou un centre de santé communautaire pour demander du counselling et un test. Si le responsable de la santé publique est satisfait de la notification effectuée, il n'exigera pas de connaître le nom de la personne testée.

## **PÉRIODE FENÊTRE** (Consulter **PHASE DE SÉROCONVERSION**)

## **PHASE DE SÉROCONVERSION** (Voir aussi **SÉROCONVERSION**)

Dans la recherche sur le VIH/sida, la phase de séroconversion correspond à la période de temps nécessaire à la production d'anticorps anti-VIH détectables dans le sang, après le moment de l'infection. Dans 75 % des cas, des anticorps anti-VIH apparaissent dans les quatre à huit semaines après l'infection; chez la grande majorité des gens, ils apparaissent dans les 14 semaines après l'infection.

La phase de séroconversion est souvent appelée « période fenêtrée ». Il est crucial de tenir compte de cette réalité, pour le test du VIH (étant donné que les méthodes d'analyse les plus largement utilisées consistent à détecter la présence d'anticorps anti-VIH, et non le virus lui-même). Les personnes qui subissent un test du VIH pendant la période fenêtrée pourraient recevoir un résultat négatif même si elles sont porteuses du VIH. Les personnes qui déclarent avoir été exposées à des **facteurs de risque** dans les 14 semaines précédant la prise de sang qui donne un résultat négatif au test du VIH sont invitées à retourner passer un deuxième test, après la période fenêtrée.

## **POPULATION VULNÉRABLE**

La population vulnérable se compose d'individus exposés à un risque de contracter une maladie. (On rencontre parfois l'expression « population à risque », calquée sur l'anglais.)

Il s'agit souvent du **dénominateur** dans un **taux** (comme les **taux d'incidence** ou de **prévalence**). La taille de la population vulnérable est estimée lors du calcul de taux nationaux ou régionaux; dans les études qui s'intéressent à de plus petites populations, on peut en déterminer la taille exacte plutôt que de l'estimer.

## **PRÉVALENCE** (Voir aussi **PRÉVALENCE PONCTUELLE**, **TAUX DE PRÉVALENCE** et **items 18-22 de la FAQ**)

La prévalence est le nombre total de personnes atteintes d'une maladie ou d'une condition de santé particulière, qui vivent dans une population à un moment donné.

La prévalence du VIH parmi les Canadiens est le nombre total de personnes vivant avec le VIH (y compris le sida) au pays, à un moment donné.

La prévalence peut être exprimée sous forme de nombre ou sous forme de **taux**.

La prévalence diffère de l'**incidence**, mais les deux notions sont souvent confondues.

## **PRÉVALENCE PONCTUELLE** (Voir aussi **PRÉVALENCE**)

La prévalence ponctuelle correspond au nombre de personnes vivant avec le VIH/sida, divisé par le nombre d'individus appartenant à une population particulière, pendant une période donnée (**taux de prévalence**). La présentation du taux de prévalence sous sa forme ponctuelle met en relief le « point dans le temps » (ou la « période ») auquel s'applique le calcul.

L'aspect « ponctuel » peut référer à un moment précis auquel réfère le taux de prévalence. Ce moment sera le même pour tous les participants à l'étude.

Par exemple, la prévalence ponctuelle du VIH parmi les 60 utilisateurs de drogues par injection (UDI) ayant participé à l'étude SurVIDU d'Ottawa, pendant le mois de *juin 2000*, était de 13,3 % (**intervalle de confiance** de 95 %, entre 5,9 et 24,6). Cela signifie qu'en juin 2000, 13 % des participants à l'étude étaient séropositifs au VIH. (Leonard, Navarro et Birkett, 2001)

L'aspect « ponctuel » peut aussi référer à un moment précis de l'étude qui ne serait pas nécessairement le même pour tous les participants. Par exemple, le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida peut être mesuré au moment où chaque participant se joint à l'étude. Cette date pourrait être différente pour chacun. Cependant, on fera référence au même moment de l'étude – celui où chaque participant s'y est joint.

Prenons un exemple fictif. Lorsqu'un nouveau détenu arrive au Centre de détention Carlson Road, on lui demande en entrevue s'il a déjà obtenu un résultat positif au test du VIH. Il s'agit de la collecte de **données de base**. Ce centre de détention compte présentement 1 800 détenus; lors de leur entrevue initiale, 266 d'entre eux ont déclaré avoir déjà reçu un résultat positif au test du VIH.

Par conséquent, on peut dire que la prévalence ponctuelle du VIH au moment de l'adhésion à l'étude était de 14,8 %, parmi les 1 800 détenus du Centre de détention Carlson Road.

$$\frac{\text{Détenus ayant répondu oui}}{\text{Nombre actuel de détenus}} = \frac{266}{1\,800} = 14,8\% (0,1477 \times 100)$$

On peut aussi dire :

la prévalence ponctuelle du VIH au moment de l'entrevue initiale était de 14,8 %, parmi les 1 800 détenus du Centre de détention Carlson Road.

## PROFIL DÉMOGRAPHIQUE (Consulter CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES)

### PROPORTION

La proportion est un type de **ratio** où le **numérateur** est compris dans le **dénominateur**. Elle exprime une part comparative ou une portion du total, à un moment donné. Dans la recherche sur le VIH/sida, la proportion peut représenter le nombre de personnes qui ont une caractéristique commune (comme le sexe) par rapport à l'ensemble de la population qui partage une même situation (comme l'infection à VIH), pendant la même période.

La proportion se calcule en divisant le nombre de personnes ayant une caractéristique commune à un moment donné, par la population totale qui partage une même situation à ce moment.

Par exemple, dans « Le VIH et le sida chez les femmes au Canada » (*Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, mai 2001), on affirme que « les femmes constituent une proportion croissante des **cas** de VIH recensés au Canada. Elles comptent pour 24 % des tests séropositifs répertoriés en l'an 2000 » (Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2001b).

Autrement dit, la proportion de femmes parmi les **déclarations de résultats positifs au test du VIH** était de 24 %, en 2000.

Cette proportion a été calculée comme suit :

$$\frac{\text{Résultats positifs parmi les femmes en 2000}}{\text{Résultats positifs parmi les adultes en 2000}} = \frac{484}{2\,039} = 0,237$$

On peut arrondir le résultat à 24 % ( $0,237 \times 100$ ).

## RATIO

Un ratio est une combinaison de deux nombres qui illustre leur taille relative. (Il est aussi appelé « rapport ».)

Le ratio d'un nombre par rapport à un autre correspond au premier nombre (le **numérateur**) divisé par le second (le **dénominateur**); il peut s'exprimer sous la forme d'une fraction ou d'une valeur décimale. Il peut aussi s'agir de deux chiffres séparés par un deux-points (:).

Par exemple, dans « Le sida et l'appartenance ethnique au Canada » (*Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, mai 2001), on signale que le nombre total de **déclarations de résultats positifs au test du VIH** parmi les blancs et les autochtones, entre 1998 et 2000, s'élevait à 1 474. Parmi ces cas, 1 103 étaient des blancs et 371 étaient des autochtones (Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2001c).

Le ratio des résultats positifs chez les blancs, par rapport aux autochtones, pourrait s'exprimer ainsi : 1 103/371 ou 1 103:371. On le verra plus souvent sous la forme « 2,97:1 », obtenue en divisant 1 103 par 371. On pourrait aussi l'arrondir à « 3:1 ».

## RECHERCHE QUALITATIVE

La recherche qualitative est une approche de collecte d'information scientifique. Les données qualitatives sont non numériques; elles peuvent être des descriptions détaillées de situations ou d'interactions, des récits personnels et des citations directes d'individus à propos de leurs expériences.

La recherche qualitative diffère de la **recherche quantitative**, qui génère principalement des données numériques. En recherche qualitative, il est plus important de décrire la nature d'une expérience individuelle que d'en déterminer le nombre ou la fréquence.

Les méthodes de collecte de données qualitatives comprennent les entrevues, les groupes de discussion, les études d'observation et les questions écrites de type ouvert. L'analyse qualitative comporte l'organisation et l'interprétation

de données non numériques pour en dégager des thèmes et tendances qui aident à expliquer le phénomène étudié. Les données qualitatives offrent un degré plus poussé de profondeur et de détail, sur les expériences individuelles.

Par exemple, on a utilisé des méthodes qualitatives dans une étude sur les expériences de femmes enceintes, en matière de **test du VIH**; notamment, à propos des motifs de leur acceptation d'une offre de test du VIH prénatal, de leur refus de cette offre, et de leur réaction à un résultat positif au test du VIH durant la grossesse, ainsi qu'à leurs points de vue sur les meilleures pratiques de counselling et de test du VIH en phase prénatale. (Leonard, Gahagan, Doherty et coll., 2001)

## **RECHERCHE QUANTITATIVE** (Voir aussi **RECHERCHE QUALITATIVE**)

La recherche quantitative est une approche de collecte d'information scientifique. Les méthodes quantitatives tentent de saisir les caractéristiques mesurables de l'expérience humaine. Les données ainsi recueillies prennent systématiquement une forme numérique.

Les méthodes de collecte de données quantitatives comprennent les tests cliniques et en laboratoire, les questionnaires de recherche et d'autres mesures.

L'analyse quantitative comporte l'interprétation de données numériques au moyen de démarches statistiques, pour décrire les phénomènes observés ou évaluer l'ampleur et la fiabilité des liens observés.

Par exemple, on pourrait utiliser des méthodes quantitatives pour étudier les expériences de femmes enceintes, en matière de **test du VIH**. L'objectif pourrait être de déterminer le nombre de femmes auxquelles un test du VIH a été offert lors d'une visite prénatale; combien d'entre elles ont accepté; combien ont refusé; et combien ont reçu un résultat positif.

## SÉROCONVERSION

Le préfixe « séro » veut dire « sérum » (une composante sanguine constituée principalement d'eau).

Dans la recherche sur le VIH/sida, la séroconversion désigne l'apparition d'anticorps anti-VIH décelables dans le sang, après le moment de l'infection. Une personne qui a fait une séroconversion est une personne qui était séronégative (dans un ou plusieurs tests antérieurs) et qui est devenue séropositive (dans son plus récent test).

Les anticorps anti-VIH sont des protéines que le corps produit en réaction à l'infection à VIH. Une fois produits, ils demeurent dans le corps de façon permanente.

## SÉRONÉGATIF (Consulter ÉTAT SÉROLOGIQUE)

## SÉROPOSITIF, SÉROPOSITIVITÉ (Voir ÉTAT SÉROLOGIQUE)

## SÉROPRÉVALENCE

Le terme « séroprévalence » réfère à la **prévalence** ou au **taux de prévalence** d'une maladie décelée par un test *sanguin* plutôt que par un test de salive, d'urine ou d'autres substances.

## SIGNIFICATION STATISTIQUE (Voir aussi INTERVALLE DE CONFIANCE)

La signification statistique correspond à la mesure dans laquelle on peut être confiant que le résultat d'une étude n'est pas uniquement le fruit du hasard. On peut déterminer cela en procédant à un test statistique sur un ensemble de données, pour obtenir une **valeur P**. Des résultats significatifs du point de vue statistique indiquent qu'il est peu probable que les observations de l'étude soient uniquement le fruit du hasard. La valeur P est indiquée afin

que toute personne utilisant les données connaisse le degré de confiance qu'elle peut accorder aux résultats.

## **SURVEILLANCE** (Voir aussi **items 6, 7 et 23 de la FAQ**)

La surveillance est le processus continu de collecte, d'analyse et d'interprétation de données sur une maladie (telle le VIH) ou une condition de santé. Elle a pour objectifs d'évaluer l'état de santé des populations; de détecter des changements dans les **tendances** ou la répartition de la maladie; d'établir des priorités; d'aider à la prévention et au contrôle de la maladie; ainsi que de surveiller et d'évaluer des programmes pertinents de traitement et de prévention.

Au Canada, plusieurs intervenants contribuent à la surveillance du VIH/sida, comme des chercheurs et des laboratoires provinciaux et territoriaux. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) compile et surveille une grande portion des données, qu'il publie dans les *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida* et les rapports de surveillance.

La surveillance canadienne du VIH/sida se fonde sur les données provenant des **déclarations de résultats positifs au test du VIH** et des **cas de sida**, ainsi que sur l'information que procure la **surveillance par sentinelle**.

## **SURVEILLANCE PAR SENTINELLE**

La surveillance par sentinelle (ou « surveillance par réseau sentinelle ») est une activité de **surveillance** qui comporte la désignation de certains bureaux de médecins, d'hôpitaux ou de cliniques d'une région géographique, pour recueillir des données sur une maladie (telle l'infection à VIH). Ces renseignements sont transmis à une base de données centrale, puis analysés et interprétés.

Ces sources peuvent offrir des renseignements de surveillance qui ne sont pas accessibles par la **déclaration de résultats positifs au test du VIH** et des **cas de sida**. Par exemple, la surveillance par sentinelle peut recueillir de l'information sur des populations spécifiques, telles des communautés ethniques particulières.

## TAUX (Voir aussi RATIO)

Le taux exprime la fréquence à laquelle un événement se produit dans une population, à un moment donné. Dans la recherche sur le VIH/sida, le taux peut être la **proportion** d'une population qui est touchée par un « événement » (p. ex., l'infection à VIH) pendant une période donnée.

On obtient un taux en divisant le nombre de **cas** survenus (pendant une période donnée) par la **population vulnérable** pendant la même période, puis en multipliant habituellement le résultat par un multiple de 10. Dans les rapports épidémiologiques, on utilise souvent « 100 000 » à titre de multiplicateur. Le taux est alors le nombre de personnes touchées par « l'événement », dans une population de 100 000 personnes. Le taux s'exprime en « nombre de personnes sur 100 000 par année », afin de permettre des comparaisons entre les populations et les années.

Il est possible de comparer des taux s'appliquant à des populations différentes, à condition qu'ils aient été calculés à l'aide du même multiplicateur.

Par exemple, nous pourrions calculer le taux d'échange de seringues dans un site canadien, en 2000. Disons que 1 500 utilisateurs de drogues par injection (UDI) ont eu recours aux services de ce site en 2000, et que 27 000 seringues y ont été échangées durant la même année. Le taux d'échange de seringues dans ce site, en 2000, serait :

$$\frac{\text{Nombre de seringues échangées}}{\text{Nombre d'UDI clients}} = \frac{27\,000}{1\,500} = 18 \text{ seringues par utilisateur}$$

Cela signifie qu'en 2000, 18 seringues ont été échangées par chaque utilisateur de drogues ayant visité le site.

## TAUX D'INCIDENCE

Le taux d'incidence est le taux auquel surviennent de nouveaux événements ou **cas**, pendant une période donnée, dans une population « vulnérable » à la maladie ou à un incident.

$$\text{Taux d'incidence} = \frac{\text{Nombre de nouveaux cas pendant une période donnée}}{\text{Nombre de personnes vulnérables pendant cette période}}$$

Il est très important de connaître le nombre de *nouveaux* cas d'infection (**incidence**), par rapport à l'ensemble de la **population vulnérable**.

Par exemple, un rapport d'infection à VIH diagnostiquée chez cinq *nouvelles* personnes pendant une période de 12 mois ne permet de connaître que le nombre de nouvelles infections survenues au cours d'une période donnée. Cependant, il y a une différence entre les deux situations suivantes : cinq personnes nouvellement diagnostiquées séropositives au VIH, pendant 12 mois, parmi une population de 10 personnes vulnérables (exemple 1); et cinq personnes nouvellement diagnostiquées séropositives au VIH, pendant 12 mois, parmi une population de 100 personnes vulnérables (exemple 2).

Pour illustrer cela, on exprime l'incidence sous la forme d'un taux.

\*Nous pourrions ainsi calculer les taux d'incidence pour ces situations :

Exemple 1 :

$$\text{Taux d'incidence} = \frac{5 \text{ nouveaux cas de VIH}}{\text{Population de 10 personnes}} = 0,50$$

Exemple 2 :

$$\text{Taux d'incidence} = \frac{5 \text{ nouveaux cas de VIH}}{\text{Population de 100 personnes}} = 0,05$$

Dans l'exemple 1, le taux d'incidence est de 0,50 ( $\times 100 = 50\%$ ). Cela signifie que dans un groupe de 100 personnes, on s'attendrait à ce que 50 % (ou 50 sur 100) reçoivent un nouveau diagnostic de VIH pendant les 12 mois. Dans l'exemple 2, on s'attendrait à une proportion de nouvelles infections de 5 % (ou 5 sur 100).

Le taux d'incidence peut aussi être calculé en **années-personnes** :

$$\text{Taux d'incidence} = \frac{\text{Nombre de nouveaux cas pendant une période donnée}}{\text{Nombre d'années-personnes}}$$

Par exemple, une étude sur le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH parmi des jeunes hommes gais et bisexuels a révélé un taux d'incidence de 1,3 par 100 années-personnes (Martindale et coll., 2001).

Pour comprendre ce que signifie le « 1,3 », considérez ceci : si 1 000 hommes ont participé à l'étude et qu'on les a suivis pendant deux ans, 26 d'entre eux sont devenus séropositifs pendant cette période. Pour arriver à cette conclusion, il faut :

1. Calculer les années-personnes de l'étude :  
(1 000 hommes × 2 ans = 2 000 années-personnes)
2. Multiplier ce résultat par le taux d'incidence en années-personnes :  
(1,3 nouvelles infections/100 années-personnes) × (2 000 années-personnes)  
= 26 nouvelles infections

Une explication plus détaillée du taux d'incidence et des termes connexes « incidence cumulative » et « densité de l'incidence » se trouve en annexe à la page 57.

## TAUX DE PRÉVALENCE (Voir aussi PRÉVALENCE PONCTUELLE)

Le taux de prévalence correspond au nombre de cas *existants* d'une maladie à un moment donné, divisé par la population « vulnérable » à cette maladie.

$$\text{Taux de prévalence} = \frac{\text{Nombre de cas existants pendant une période donnée}}{\text{Nombre de personnes vulnérables pendant cette période}}$$

Il est très important de connaître le nombre de personnes qui vivent avec une maladie, par rapport à l'ensemble de la **population vulnérable**.

Par exemple, si 25 personnes vivaient avec le VIH dans une population vulnérable de 100 personnes, leur situation serait différente de celle où 25 personnes vivaient avec le VIH dans une population vulnérable de 500 personnes. Pour illustrer cela, on exprime la **prévalence** sous forme de **taux**.

Nous pouvons calculer les taux de prévalence comme suit :

$$\text{Taux de prévalence} = \frac{25 \text{ personnes vivant présentement avec le VIH}}{\text{Population de 100 personnes}} = 0,25$$

ou

$$\text{Taux de prévalence} = \frac{25 \text{ personnes vivant présentement avec le VIH}}{\text{Population de 500 personnes}} = 0,05$$

Dans le premier exemple, le taux de prévalence est de 0,25 ( $\times 100 = 25 \%$ ). Cela signifie que dans un groupe de 100 personnes, on s'attendrait à ce que 25 % (ou 25 sur 100) soient séropositives à un moment établi (p. ex., l'année 2000). Dans le deuxième exemple, on s'attendrait à ce que 5 % (ou 5 personnes sur 100) soient séropositives à ce moment.

Autre exemple : calculons le taux de prévalence du VIH parmi la clientèle d'un médecin généraliste. Ce médecin a 1 000 dossiers de patients. En examinant ses dossiers à la fin de 2001, pour vérification annuelle, il remarque que 200 de ses patients vivent alors avec le VIH (prévalence).

Le taux de prévalence du VIH parmi ses patients, à la fin de 2001, correspond au nombre de patients vivant avec le VIH à *ce moment*, divisé par le nombre total de patients (population vulnérable).

Le taux de prévalence du VIH parmi les patients du médecin, à la fin de 2001 :

$$\frac{\text{nombre de patients vivant avec le VIH au moment établi}}{\text{population vulnérable}} = \frac{200}{1\,000} = 0,20 \text{ (20 \%)}$$

## TAUX DE SÉROPOSITIVITÉ AU VIH

(Voir aussi **PRÉVALENCE**)

Le taux de séropositivité au VIH indique la **proportion** de résultats positifs parmi tous les tests du VIH effectués au sein d'une population spécifique pendant une période donnée. Ce **taux** sert à surveiller les **tendances** de la proportion de résultats positifs au test du VIH parmi une population spécifique.

## Taux de séropositivité au VIH

$$= \frac{\text{nombre de résultats positifs au test du VIH}}{\text{nombre total de tests du VIH}}$$

Le nombre total de tests du VIH comprend à la fois ceux qui ont donné des résultats positifs et négatifs.

## TENDANCES

Les tendances sont des changements à la fréquence, aux **proportions** ou aux **taux** d'une maladie (telle le VIH) ou d'un événement observé dans le temps. Elles peuvent être irrégulières, stables ou orientées dans un sens. Elles s'illustrent de diverses façons, notamment sous la forme de tableaux, de diagrammes et de graphiques circulaires.

Par exemple, le *Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2000* révèle un déclin du nombre de **déclarations de résultats positifs au test du VIH**, depuis 1995. En 1995, 2 983 résultats positifs au test du VIH ont été déclarés au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI); 2 772 l'ont été en 1996; 2 537 en 1997; 2 330 en 1998; 2 240 en 1999; et 2 104 en 2000. (Santé Canada, 2000)

On constate que le nombre de déclarations de résultats positifs au VIH diminue avec le temps. On pourrait dire qu'il y a eu une tendance décroissante ou à la baisse, entre 1995 et 2000.

Cette tendance est mieux illustrée par un graphique :

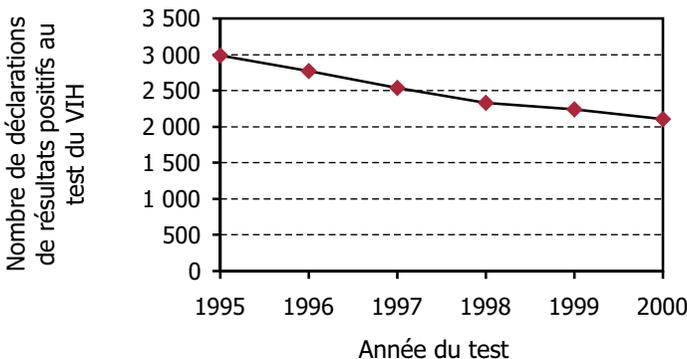


Schéma 1. Nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH

## **TEST ANONYME DU VIH** (Voir OPTIONS DE TEST DU VIH)

## **TEST DU VIH NOMINAL/SIGNALÉTIQUE**

(Consulter OPTIONS DE TEST DU VIH)

## **TEST DU VIH NON NOMINAL/NON SIGNALÉTIQUE** (Consulter OPTIONS DE TEST DU VIH)

## **TEST VOLONTAIRE DU VIH** (Voir aussi DÉPISTAGE DU VIH ANONYME NON RELIÉ)

À l'exception de quelques circonstances adéquatement identifiées (et expliquées ci-dessous), les Canadiens ne peuvent subir un test du VIH que s'ils y ont exprimé un consentement éclairé et qu'ils ont accepté volontairement de subir le test.

Le test volontaire du VIH ne s'applique pas, par exemple, aux donneurs d'organes, de sperme ou d'autres liquides organiques. De plus, en Ontario, le projet de loi 105 (« Loi modifiant la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* pour exiger le prélèvement d'échantillons de sang afin de protéger les victimes d'actes criminels, les travailleurs des services d'urgence, les bons samaritains et d'autres personnes ») a été adopté en décembre 2001. Cette loi permet d'imposer à une personne des tests obligatoires (sans consentement requis) pour le VIH et d'autres infections transmissibles, lorsqu'un professionnel a été exposé à des liquides corporels de cette personne, dans son milieu de travail, ou lorsqu'un bon samaritain ou une victime de crime pourrait avoir été exposé à un risque d'infection par le contact avec cette personne.

## VALEUR P

Le symbole  $p$  (ou P) représente la probabilité. On le trouve souvent dans la section « résultats » de documents ou rapports d'étude.

Un «  $p$  » suivi du symbole mathématique «  $<$  » (« inférieur à ») 0,05 indique que l'on peut s'attendre à ce que le résultat soit attribuable au hasard moins de 5 fois sur 100, ou moins de 1 fois sur 20. On peut aussi dire que le résultat est « significatif au seuil de 5 % ». La valeur P est étroitement liée à l'**intervalle de confiance**.

Dans plusieurs études, on considère qu'un seuil de **signification statistique** de 5 % est satisfaisant. Toutefois, si les résultats sont susceptibles d'avoir des retombées importantes sur les interventions médicales ou les politiques publiques, par exemple, un seuil supérieur de signification statistique est requis (comme  $p < 0,01$ ). Un seuil de signification statistique de moins de 0,01 signifie que le résultat pourrait être dû au hasard moins d'une fois sur 100. Autrement dit, plus la valeur P est faible, moins il est probable que le résultat de l'étude soit le fruit du hasard.

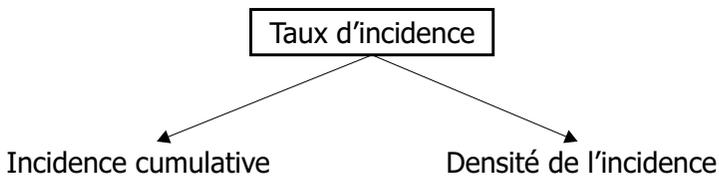
Si un astérisque (\*) accompagne la valeur P, cela indique que le résultat est significatif du point de vue statistique.

Dans l'étude de **cohorte** des jeunes de la rue de Montréal, les auteurs ont rapporté que 79 % des femmes impliquées dans le commerce du sexe avaient déjà fait une fugue, comparativement à 59 % de celles n'ayant jamais fait de commerce sexuel ( $p < 0,05$ ). Puisque la valeur P de 0,05 est souvent associée à la signification statistique, elle indique que les femmes qui font le commerce du sexe sont *significativement* (statistiquement) plus susceptibles d'avoir fait une fugue que celles qui ne s'y adonnent pas. La valeur  $P < 0,05$  liée au résultat signifie qu'il y a 95 % des chances que cette affirmation soit exacte. Il est donc probable à 5 % seulement (100 % moins 95 %) que le résultat soit une erreur attribuable au hasard. (Weber, Roy, Blais et coll., 2001)

## Annexe

# Taux d'incidence, incidence cumulative, densité de l'incidence

Il existe deux façons de décrire le **taux** d'avènement de *nouvelles* infections.



## Incidence cumulative

Le **taux d'incidence** peut correspondre au nombre de personnes qui ont contracté l'infection pendant une période donnée, proportionnellement à une **population vulnérable** particulière. Il s'agit de l'incidence cumulative.

Incidence cumulative

$$= \frac{\text{Nombre de nouveaux cas pendant une période donnée}}{\text{Population vulnérable}}$$

Voici un exemple fictif : parmi les 60 participants à un programme résidentiel de désintoxication de 12 mois, à Edmonton, 50 ont obtenu un résultat négatif au test du VIH au début du programme, en janvier 1998. À la fin du programme, en décembre 1998, trois de ces 50 participants ont obtenu un résultat positif. Cela correspond à une incidence cumulative du VIH de 3 sur 50, ou de 6 % ( $3/50 \times 100$ ), parmi les participants au programme de 12 mois.

Il faut porter attention à la période à laquelle se rapporte l'incidence cumulative. Une incidence cumulative du VIH de 6 % parmi les participants à un programme de désintoxication sera perçue différemment, selon qu'elle se rapporte à une période de trois mois ou de trois ans.

## Densité de l'incidence

Contrairement aux participants à un programme résidentiel, qui peuvent être suivis pendant une période définie, la plupart des participants à des **études de cohorte** s'y inscrivent pour une période donnée (souvent quelques années). On perd parfois le contact avec certains participants lors du **suivi**; leurs données ne sont donc pas disponibles à la fin de l'étude. La durée de l'étude ou du suivi ne sera pas la même pour tous les participants. Cette situation est illustrée au Schéma A, ci-dessous.

	Janv. 1996	Juil. 1996	Janv. 1997	Juil. 1997	Janv. 1998	Juil. 1998	Janv. 1999	Juil. 1999	Janv. 2000	Juil. 2000	Janv. 2001	Temps de vulnérabilité total
Sujet A	-----											2,0
Sujet B		•-----										3,0
Sujet C	-----											5,0
Sujet D			•-----									4,0
Sujet E					•-----						X	2,5
Total (années de vulnérabilité)												16,5

• = Amorçe du suivi  
- = Durée du suivi  
X = Avènement de la maladie

Schéma A

Par conséquent, le taux d'incidence peut aussi décrire le nombre de personnes qui ont contracté l'infection pendant une période donnée, proportionnellement au temps total pendant lequel les individus d'une population ont été vulnérables. On donne parfois à ce calcul le nom de « densité de l'incidence ». Celle-ci tient compte de la durée variée des périodes de suivi. Elle est donc une mesure plus précise du taux d'avènement d'une maladie particulière.

$$\text{Densité de l'incidence} = \frac{\text{Nombre de nouveaux cas pendant une période donnée}}{\text{Total des années-personnes d'observation}}$$

Même si le **numérateur** est le même que dans le calcul de l'incidence cumulative, le **dénominateur** est ici la somme du temps de vulnérabilité de chaque individu, ou la somme du temps d'observation de chaque individu non touché par la maladie.

## Exemple récapitulatif

Le Schéma A illustre la situation de cinq personnes, dont deux ont contracté le VIH durant la période de cinq ans d'une étude. L'*incidence cumulative* du VIH serait donc :

$$\begin{aligned}\text{Incidence cumulative} &= 2 \text{ cas}/5 \text{ individus, en 5 ans} \\ &= 0,4 \text{ en 5 ans} \\ &= 0,08 \text{ en 1 an} \\ &= 8 \text{ sur } 100, \text{ en 1 an}\end{aligned}$$

Toutefois, cette mesure de l'avènement d'infections à VIH est trompeuse, car elle ne reflète pas le fait qu'un seul individu sur cinq (sujet C) a été observé pendant la durée complète du suivi. Le sujet A a été observé pendant 2 années seulement, avant que l'on en perde la trace; les sujets B, D et E ont été suivis pendant 3, 4 et 2,5 ans respectivement. Le temps total de vulnérabilité de cette population de cinq individus, obtenu en additionnant leur temps respectif, est de 16,5 **années-personnes**.

La densité de l'incidence serait calculée comme suit :

$$\begin{aligned}\text{Densité de l'incidence} &= 2 \text{ cas}/16,5 \text{ années-personnes} \\ &= 12,1/100 \text{ années-personnes d'observation}\end{aligned}$$

La densité de l'incidence est donc une mesure plus précise du taux d'avènement de nouvelles infections.



# Foire aux questions (FAQ)

## touchant la surveillance et la recherche épidémiologique sur le VIH/sida au Canada

### Avant de commencer...

La table des matières énumère tous les items abordés dans le guide.

Les items sont organisés par thèmes.

Si le texte d'un item contient un terme d'usage défini dans le guide, celui-ci est indiqué en **caractères gras** (à sa première occurrence dans le texte seulement).

Si un sujet est expliqué avec plus de détails dans un autre item de la FAQ, le numéro correspondant est indiqué entre parenthèses dans l'en-tête ou le texte de l'item.

# Table des matières

## Catégories d'exposition et comportements à risque

1. Quelles **catégories d'exposition** utilise le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) de Santé Canada, dans la **surveillance** du VIH et du sida; et comment fonctionne l'assignation d'une catégorie? (Voir aussi **item 8**)
2. Les **catégories d'exposition** du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses diffèrent-elles de celles des provinces et territoires? (Voir aussi **items 1 et 8**)
3. Quelle est la différence entre la **catégorie d'exposition** déclarée (pour la surveillance du VIH/sida) et les comportements à risque signalés? (Voir aussi **item 1**)

## Test du VIH

4. Quelle est la différence entre un **test non nominal** et un **test anonyme**?

## Déclaration de résultats positifs au test du VIH et des cas de sida

5. Que signifie le fait que le sida et le VIH soient des « **maladies à déclaration obligatoire** »?
6. Lorsqu'une personne reçoit un **diagnostic de sida**, qui en est informé?
7. Lorsqu'une personne reçoit un résultat positif au test du VIH, qui en est informé?
8. Les provinces et territoires transmettent-ils tous les mêmes renseignements sur les **diagnostics de sida** et les **résultats positifs au test du VIH**?
9. Les provinces et territoires utilisent-ils un formulaire normalisé pour la déclaration du VIH et du sida? Sinon, comment cela affecte-t-il l'exactitude des données publiées dans les *Actualités en épidémiologie* et les rapports de surveillance?
10. Après combien de temps un résultat positif au test du VIH apparaît-il dans les statistiques nationales sur le VIH?
11. Les résultats positifs au test du VIH seront-ils compilés plus d'une fois au niveau national si une personne subit un test anonyme et un test

nominal, ou si elle reçoit un résultat positif dans plus d'une province/territoire?

12. Dans la déclaration de données sur le VIH et le sida :
  - a) Quelle est la définition d'un cas pédiatrique?
  - b) Pourquoi la définition des enfants correspond-elle aux moins de 15 ans, et celle des adultes aux 15 ans et plus?
  - c) Pourquoi les groupes d'âge adulte sont-ils divisés en tranches de cinq ans, dans la surveillance du sida?

### Limites dans la déclaration du VIH/sida

13. Tous les résultats positifs au test du VIH sont-ils déclarés? Sinon, lesquels ne sont pas inclus dans les rapports de surveillance et les *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*?
14. Quelles sont les limites dans la déclaration des cas de VIH et de sida?
15. Comment le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) tient-il compte des limites des données de surveillance? (Voir aussi **item 14**)
16. La définition du sida a évolué au fil du temps. Comment le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) tient-il compte de cette évolution, dans ses données?
17. La comparaison de statistiques sur le sida entre divers pays est-elle limitée par des divergences dans la définition de la maladie?

### Déclaration de résultats positifs au test du VIH, incidence du VIH et nouveaux diagnostics de VIH

18. a) Y a-t-il une différence entre les résultats positifs déclarés et l'**incidence** du VIH?
  - b) Y a-t-il une différence entre la **déclaration de résultats positifs** au test du VIH et les nouveaux diagnostics de VIH?

### Incidence et prévalence du VIH

19. Quelle est la différence entre **incidence** et **prévalence** du VIH?
20. Comment s'y prend le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) pour estimer l'**incidence** et la **prévalence** nationales du VIH? (Voir aussi **item 19**)

21. Quelle est la précision des estimés nationaux de l'**incidence** et de la **prévalence** de l'infection à VIH chez les Canadiens?
22. Comment peut-on estimer que jusqu'à un tiers des cas de VIH pourraient ne pas être diagnostiqués? (Voir aussi **item 20**)

### **Épidémiologie et surveillance**

23. Quelle est la différence entre les termes « **épidémiologie** » et « **surveillance** »?

# Catégories d'exposition et comportements à risque

## 1. Quelles catégories d'exposition utilise le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) de Santé Canada, dans la surveillance du VIH et du sida; et comment fonctionne l'assignation d'une catégorie?

(Voir aussi item 8)

Le CPCMI utilise des **catégories d'exposition** dans la **surveillance** du VIH/sida, pour connaître la voie la plus probable par laquelle le VIH a été contracté.

En discutant du test du VIH avec son professionnel de la santé, une personne pourrait signaler un ou des comportements associés à un risque connu d'infection à VIH (**facteurs de risque**). Tous les facteurs de risque sont inscrits dans la déclaration d'un résultat positif au test du VIH et enregistrés dans la banque de données nationale sur le VIH/sida, mais une seule catégorie d'exposition sera retenue pour la déclaration au niveau national – elle correspond à l'activité ou à la situation (facteur) comportant le plus grand risque de transmission du VIH, parmi celles signalées par le patient à son professionnel de la santé.

Pour ce faire, on utilise la **hiérarchie des catégories d'exposition**. Les modes d'exposition y sont classés en ordre, en commençant par le plus propice à transmettre l'infection à VIH, jusqu'au moins risqué.

Les catégories d'exposition servant à la déclaration du VIH/sida au Canada sont décrites dans le *Glossaire*, à « **CATÉGORIE D'EXPOSITION** ».

## 2. Les catégories d'exposition du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses diffèrent-elles de celles des provinces et territoires? (Voir aussi items 1 et 8)

Au Canada, la collecte de données de **surveillance** sur le sida relève des autorités *provinciales ou territoriales* de la santé. Il en est de même pour le VIH, dans les provinces et territoires où cette infection est une **maladie à déclaration obligatoire**. Les **catégories d'exposition** peuvent varier légèrement entre les provinces, les territoires et celles citées dans un sommaire national du CPCMI.

Il convient de souligner que des coordonnateurs de la surveillance provinciale/territoriale et des représentants du CPCMI se rencontrent régulièrement pour veiller au consensus sur la définition et l'assignation des catégories d'exposition au niveau fédéral.

## 3. Quelle est la différence entre la catégorie d'exposition déclarée (pour la surveillance du VIH/sida) et les comportements à risque signalés? (Voir aussi item 1)

En discutant du test du VIH avec son professionnel de la santé, une personne pourrait signaler *un ou des* comportements associés à un risque connu d'infection à VIH (**facteurs de risque**) – mais ces facteurs de risque serviront à identifier *une seule* **catégorie d'exposition**, dans la déclaration du résultat positif au niveau national.

La catégorie d'exposition que l'on retient correspond à la voie la plus *probable* par laquelle une personne a pu contracter le VIH, d'après la **hiérarchie des catégories** d'exposition. Il se peut qu'une personne qui a eu plusieurs comportements à risque ait en fait contracté le VIH par une autre voie que celle identifiée par la catégorie d'exposition (signalée comme facteur de risque).

# Test du VIH

## 4. Quelle est la différence entre un test non nominal et un test anonyme?

Pour le test **non nominal** comme pour le **test anonyme du VIH**, on n'utilise pas le nom de la personne testée. Il y a toutefois des différences entre ces deux modes de test.

Bien que cela varie d'une province à l'autre, la principale différence est la suivante : dans le cas du test anonyme, généralement, la personne qui transmet la requête de test *ne connaît pas* l'identité de la personne testée et ne cherche pas à la découvrir. Le professionnel qui transmet la requête et le laboratoire qui effectue le test sur l'échantillon sanguin utilisent seulement un code dont le détenteur reste inconnu. Pour subir un test anonyme du VIH, on doit se rendre dans une clinique à cet effet, où notre identité ne sera pas connue des professionnels qui prendront en charge notre requête et aucun renseignement personnel n'est gardé en dossier. En revanche, dans le cas du test non nominal, le professionnel *connaît* l'identité de la personne testée, même s'il transmettra la requête de test en n'indiquant qu'un code ou les initiales du patient. Par exemple, si une personne se rend chez son médecin pour un test du VIH, mais qu'elle ne veut pas que la requête porte son nom, il s'agirait d'un test non nominal. Cette procédure n'est pas anonyme puisque le médecin connaît le patient et pourrait communiquer avec lui, au besoin.

Une deuxième différence concerne l'inscription d'un éventuel résultat positif au dossier médical de la personne testée. Si le test est effectué de manière anonyme, le résultat *n'est pas* inscrit. Seul le patient peut décider de faire ajouter cette information à son dossier. Par contre, s'il avait subi un test non nominal du VIH, le résultat positif serait *inscrit* à son dossier médical.

Une autre différence importante concerne la disponibilité du test anonyme. Tandis que le test non nominal est disponible dans tous les territoires et provinces du Canada, le test anonyme n'est offert que dans huit provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Ontario, Québec, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador, d'après une enquête menée en 1998 dans tous les territoires et provinces). Le test anonyme du VIH est habituellement offert dans des cliniques spécialisées, organisées et soutenues par les unités locales de santé publique. En Colombie-Britannique, il est également accessible dans tout cabinet de médecin.

## Disponibilité du test anonyme, du test non nominal/non signalétique et du test nominal/signalétique du VIH, par province/territoire<sup>1</sup>

Province/Territoire	Test anonyme	Test non nominal/ non signalétique	Test nominal/ signalétique
Colombie-Britannique	✓	✓	✓
Yukon	x	✓	✓
Alberta	✓	✓	✓
Territoires du Nord-Ouest	x	✓	✓
Nunavut	x	✓	✓
Saskatchewan	✓	✓	✓
Manitoba	x	✓	x
Ontario	✓	✓	✓
Québec	✓	✓	✓
Nouveau-Brunswick	✓	✓	✓
Nouvelle-Écosse	✓	✓	✓
Île-du-Prince-Édouard	x	✓	✓
Terre-Neuve-et-Labrador	✓	✓	✓

<sup>1</sup> D'après une enquête menée en 1998

Pour plus d'information sur le test anonyme, le test non nominal/non signalétique et le test nominal/signalétique du VIH, voir « **OPTIONS DE TEST DU VIH** » dans le *Glossaire*.

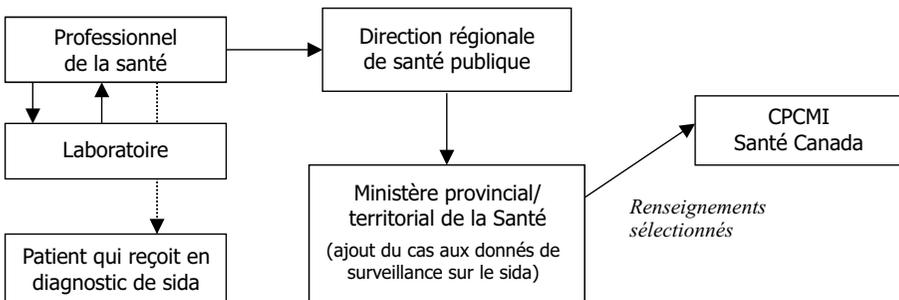
# Déclaration de résultats positifs au test du VIH et des cas de sida

## 5. Que signifie le fait que le sida et le VIH soient des « maladies à déclaration obligatoire »?

Son signalement est requis par la loi aux autorités de santé publique de la région où le diagnostic a été établi. Veuillez référer à la section des termes, sous le terme « **LA MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE** » pour obtenir plus d'informations sur cette question.

## 6. Lorsqu'une personne reçoit un diagnostic de sida, qui en est informé?

Le sida est une **maladie à déclaration obligatoire**. Cela signifie que son signalement est requis par la loi aux autorités de santé publique de la région où le diagnostic a été établi. L'information doit être acheminée d'abord à la direction régionale de santé publique, puis aux autorités provinciales ou territoriales. La province ou le territoire envoie ensuite des renseignements sélectionnés au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI). Les étapes de déclaration d'un cas de sida sont les suivantes :



L'information transmise au CPCMI ne contient pas de nom et n'identifie pas les individus. Toutefois, elle peut contenir :

1. des données **démographiques**, telles
  - l'âge du patient;
  - son sexe;
  - sa ville de résidence;

- le nom du professionnel ayant établi le diagnostic;
  - le pays de naissance du patient;
  - son origine ethnique.
2. la mention des risques associés à la transmission du VIH (voies possibles par lesquelles le patient a pu contracter l'infection);
  3. des données de laboratoire, comme la date du premier résultat positif du patient (pour le VIH), ou le nom de la maladie à l'origine de son diagnostic de sida.

## 7. **Lorsqu'une personne reçoit un résultat positif au test du VIH, qui en est informé?**

En vertu de la loi, l'information sur un résultat positif au test du VIH doit être transmise à la direction régionale de santé publique et aux autorités provinciales ou territoriales de la santé, dans toutes les provinces/territoires sauf en Colombie-Britannique (l'infection à VIH est devenue une **maladie à déclaration obligatoire** au Québec le 18 avril 2002). Toutefois, la déclaration de l'infection à VIH *au niveau national* n'est imposée par la loi à aucun territoire ou province.

Même si les autorités provinciales ou territoriales de la santé ne sont pas légalement tenues de déclarer les cas de VIH au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), elles le font sur une base volontaire (si elles considèrent l'infection à VIH comme une maladie à déclaration obligatoire). Le CPCMI reçoit aussi de l'information sur les **déclarations de résultats positifs au test du VIH** des laboratoires provinciaux de la Colombie-Britannique et du Québec. Tous les cas de VIH sont signalés de façon non nominale au CPCMI. Le contenu possible d'une déclaration est décrit à l'item 6.

## 8. **Les provinces et territoires transmettent-ils tous les mêmes renseignements sur les diagnostics de sida et les résultats positifs au test du VIH?**

Au Canada, la collecte de données de **surveillance** du sida n'est pas effectuée par le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI). Cette responsabilité relève des autorités de la santé de chaque province et territoire. Il en est de même pour les données de surveillance du VIH, dans

les provinces/territoires où l'infection à VIH est une **maladie à déclaration obligatoire**. Par conséquent, les autorités provinciales ou territoriales ne recueillent pas nécessairement les mêmes données et transmettent des renseignements différents au CPCMI.

Soulignons cependant que la plupart des provinces et territoires utilisent un formulaire normalisé, pour la déclaration des diagnostics de sida. Pour plus d'information sur les formulaires du CPCMI, voir l'item 9.

Certains territoires et provinces fournissent plus de renseignements que d'autres, dans leur **déclaration des cas de sida et de résultats positifs au test du VIH** (en particulier au chapitre de l'origine ethnique, de l'âge et de la **catégorie d'exposition**).

## Origine ethnique

Selon la province ou le territoire, la mention de la **catégorie ethnique** peut être omise, incomplète ou généralisée. Par exemple, des provinces et territoires déclarent une catégorie ethnique générale, comme « Autochtone », alors que d'autres indiquent une origine plus précise, comme « Inuit ». La mention de l'origine ethnique dans la déclaration des diagnostics de sida (**déclaration des cas de sida**) est devenue plus constante, depuis que l'on signale cette maladie. Depuis le début de la déclaration jusqu'à la fin de l'année 2001, environ 85 % des déclarations de cas de sida transmises mentionnaient l'origine ethnique.

## Âge

Dans la déclaration d'un résultat positif au test du VIH, certaines provinces/territoires déclarent un groupe d'âge, au lieu d'un âge précis. Par exemple, des provinces/territoires pourraient indiquer un âge de 24 ans et d'autres inscriraient « 20-29 ans ».

## Catégorie d'exposition (Voir aussi **item 2**)

Les pratiques varient dans l'assignation d'une catégorie d'exposition. Dans le cas du VIH et du sida, le CPCMI peut recevoir des déclarations :

- où la catégorie d'exposition a déjà été identifiée par la province ou le territoire;
- où il apparaît une liste de facteurs de risque, qui servira à identifier une seule catégorie d'exposition pour la déclaration au niveau national;

- où aucune information n'est fournie sur les voies par lesquelles l'individu a pu contracter l'infection.

Si des renseignements sur les facteurs de risque sont disponibles, le CPCMI retient la catégorie d'exposition associée au plus grand risque de transmission du VIH. Les déclarations qui ne signalent aucun facteur de risque sont classées dans la catégorie d'exposition « ARS » (aucun risque signalé). La catégorie assignée est ensuite comparée à celle retenue par la province ou le territoire, le cas échéant. Si celles-ci ne concordent pas, on effectue un suivi auprès de la province ou du territoire pour identifier la catégorie d'exposition la plus exacte. Les provinces ou territoires pourraient détenir des détails supplémentaires n'ayant pas été signalés au CPCMI.

## 9. Les provinces et territoires utilisent-ils un formulaire normalisé pour la déclaration du VIH et du sida? Sinon, comment cela affecte-t-il l'exactitude des données publiées dans les *Actualités en épidémiologie* et les rapports de surveillance?

Au début de la **surveillance** du sida, le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) a élaboré un *Formulaire de déclaration des cas de sida*, en consultation avec les provinces et territoires, afin de favoriser une déclaration normalisée des données sur le sida. En 1996-1997, celui-ci fut renommé *Formulaire de déclaration des cas de VIH et de sida*, devant la nécessité d'une surveillance du VIH au niveau national.

Des provinces et territoires utilisent ce formulaire, alors que d'autres ont leur propre version. D'une manière ou d'une autre, le CPCMI reçoit des renseignements sélectionnés de la part de chaque province et territoire, tel qu'expliqué à l'item 6.

L'exactitude des données publiées dans les documents de surveillance dépend des variations entre provinces et territoires, dans la manière de déclarer les cas de VIH et de sida. Comme on l'a souligné à l'item 8, ces variations ne sont pas dues au formulaire en soi, mais plutôt à l'exhaustivité, à la consignation et à l'interprétation des données.

## 10. Après combien de temps un résultat positif au test du VIH apparaît-il dans les statistiques nationales sur le VIH?

Selon le moment où le test est effectué, le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) reçoit habituellement la **déclaration de résultat positif au test du VIH** durant la même année.

Il peut y avoir un délai entre le moment du test et celui où le résultat positif est enregistré dans la base de données de **surveillance** nationale du VIH/sida. Une déclaration de résultat positif au test du VIH franchit certaines étapes, du professionnel de la santé à la direction régionale de santé publique, puis aux autorités provinciales ou territoriales, avant d'être transmise au CPCMI. Elle peut être retardée à certaines de ces étapes, pour diverses raisons, y compris des contraintes d'ordre technologique ou de ressources humaines. Cela peut causer un délai entre le moment du test et celui où le résultat positif est inscrit dans la base de données nationale – on parle alors de « retard dans la déclaration ».

Par conséquent, il se peut que les plus récentes déclarations de résultats positifs au test du VIH ne soient pas intégrées aux rapports de surveillance de l'année en cours. Toutefois, puisque le CPCMI continue de recevoir des déclarations de résultats positifs des années précédentes, il met à jour ses données de surveillance du VIH/sida concernant l'année de chaque cas signalé. Par exemple, si une personne a reçu un résultat positif au test du VIH en 1990, mais que sa déclaration n'est parvenue au CPCMI qu'en 1991, son résultat a été ajouté aux données de 1990 et non à celles de 1991.

## 11. Les résultats positifs au test du VIH seront-ils compilés plus d'une fois au niveau national si une personne subit un test anonyme et un test nominal, ou si elle reçoit un résultat positif dans plus d'une province/territoire?

Il y a des gens qui demandent un test du VIH plus d'une fois. Si une personne passe un test anonyme ainsi qu'un test nominal du VIH et que ses résultats sont positifs, il est possible que deux **déclarations de résultat positif au test du VIH** correspondent à son cas dans la base de données sur la **surveillance** nationale du VIH/sida.

De la même façon, si une personne reçoit plusieurs résultats positifs au test du VIH, auprès de divers professionnels de la santé (dans une ou des

provinces/territoires), il est possible que plus d'une déclaration réfère à son cas, dans la base de données.

Ces deux situations créent une « duplication de tests » (aussi appelés « doublons »). L'existence de résultats dédoublés affecte l'exactitude de l'information contenue dans la base de données de surveillance. Par exemple, le nombre de déclarations de résultats positifs sera plus élevé et certains groupes démographiques pourraient être sous-représentés ou surreprésentés.

Dans les provinces et territoires, des coordonnateurs de la surveillance tentent d'identifier et d'éliminer les dédoublements de déclarations avant la transmission des données au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI). Toutefois, cette tâche est complexe parce que la déclaration des cas de VIH se fait de façon non nominative ou sans identificateur dans certaines provinces/territoires.

Les dossiers provinciaux et territoriaux sont également examinés au niveau national, pour éviter les dédoublements. Ainsi, on vérifie si l'âge et le sexe signalés dans un dossier correspondent à ceux d'une déclaration déjà inscrite. S'il y a correspondance, on cherche d'autres renseignements à propos de l'individu pour déterminer s'il s'agit ou non d'un dédoublement.

Si l'on soupçonne un dédoublement, les provinces/territoires pertinents sont avisés et invités à prendre une décision entre eux, quant à l'assignation du dossier. Règle générale, les déclarations de résultats positifs au test du VIH et de **diagnostics de sida** sont assignées à la province ou au territoire où l'individu demeurerait au moment où il a reçu son résultat positif ou son diagnostic.

## 12. Dans la déclaration de données sur le VIH et le sida :

### a) Quelle est la définition d'un cas pédiatrique?

Une **déclaration de cas de sida** ou de **résultat positif au test du VIH** est dite « pédiatrique » si la personne concernée a moins de 15 ans.

Les cas pédiatriques sont inclus dans les sections sur le VIH et le sida, dans les rapports de **surveillance**. Pour le sida, l'information publiée se rapporte aux enfants de tous âges et de toutes les provinces/territoires. Ce n'est pas le cas pour le VIH.

La surveillance de l'infection à VIH chez les enfants est plus complexe, parce que ceux de moins de deux ans (nourrissons) peuvent recevoir un résultat

positif (**séropositif**) à leur premier test – en raison des anticorps de la mère (séropositive) qui peuvent demeurer temporairement dans leur sang – puis un résultat négatif (**séronégatif**) aux tests subséquents. Par conséquent, les données de surveillance du VIH chez les nourrissons doivent être soigneusement contrôlées.

La surveillance de ces changements d'**état sérologique** est difficile, dans la plupart des provinces et territoires, parce que les données sur le VIH chez les nourrissons ne sont pas séparées de l'ensemble des renseignements transmis au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) – qui englobent tous les enfants de moins de 15 ans. Le CPCMI est donc incapable de suivre l'évolution parmi les enfants de moins de deux ans. Le CPCMI ne peut extraire les données relatives aux nourrissons que dans les déclarations transmises par la Colombie-Britannique, le Québec et, depuis 2000, l'Ontario. Par conséquent, dans la section « VIH » d'un rapport de surveillance, les données pédiatriques incluent les enfants de moins de deux ans (sauf ceux des trois provinces susmentionnées).

Pour surveiller attentivement les changements d'état sérologique chez les nourrissons, on a amorcé une initiative distincte qui vise à collecter uniquement des données sur cette population. Des renseignements sur les nourrissons que l'on sait avoir été exposés au VIH par voie périnatale sont sollicités par le biais d'une enquête nationale, non nominale et confidentielle sur les nourrissons, menée auprès de pédiatres de centres de soins tertiaires et de spécialistes dans des cliniques pour le VIH, à travers le Canada. Ces données sont recueillies dans *toutes* les provinces/territoires par le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (coordonné par le Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants et soutenu par le Réseau canadien pour les essais VIH et le CPCMI). L'information recueillie par le programme est présentée dans une section distincte des rapports de surveillance publiés par le CPCMI.

## **b) Pourquoi la définition des enfants correspond-elle aux moins de 15 ans, et celle des adultes aux 15 ans et plus?**

On utilise cette définition parce qu'il arrive que le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) ne reçoive que de l'information sur le groupe d'âge (et non l'âge précis) des individus, dans les **déclarations de résultats positifs au test du VIH** transmises par les provinces et territoires. Souvent, ces renseignements sur le groupe d'âge sont peu précis, pour les 0 à 14 ans.

La définition des « enfants » sert aussi à la **déclaration des cas de sida**, pour en permettre la comparaison avec les données sur le VIH. Pour plus de détails sur les données groupées, voir l'item 8.

**c) Pourquoi les groupes d'âge adulte sont-ils divisés en tranches de cinq ans, dans la surveillance du sida?**

Les groupes d'âge en tranches de cinq ans sont recommandés dans les directives de surveillance de l'Organisation mondiale de la Santé et du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (OMS/ONUSIDA).

# Limites dans la déclaration du VIH/sida

## 13. Tous les résultats positifs au test du VIH sont-ils déclarés? Sinon, lesquels ne sont pas inclus dans les rapports de surveillance et les *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*?

L'information sur les résultats positifs au test du VIH enregistrée dans la base de données nationale et publiée dans les *Actualités* et les rapports de surveillance se limite aux résultats *déclarés* au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI).

Ces résultats positifs déclarés au CPCMI sont *uniquement* :

- ceux d'individus trouvés séropositifs à la suite d'un **test nominal, non nominal** ou **anonyme** en Colombie-Britannique et au Québec, et dont les cas sont signalés au CPCMI par un laboratoire provincial d'essai;
- ceux d'individus trouvés séropositifs à la suite d'un **test nominal, non nominal** ou **anonyme** dans les autres provinces et territoires, dont les cas sont signalés à une régie de santé publique puis au CPCMI (par le biais des autorités provinciales ou territoriales).

Les résultats positifs au test du VIH qui ne font pas partie des rapports de surveillance et des *Actualités* sont ceux qui ne sont *pas déclarés au CPCMI*. Pour savoir pourquoi certains **résultats positifs au test du VIH** ne sont pas déclarés, voir l'item 14.

## 14. Quelles sont les limites dans la déclaration des cas de VIH et de sida?

Une limite est un facteur qui peut affecter l'exactitude des données.

Lorsque l'on consulte des rapports présentant des données de **surveillance**, il est important de garder à l'esprit leurs limites. En voici certaines qui affectent la déclaration des cas de VIH et de sida au Canada :

### Données sur l'origine ethnique

Les territoires et provinces ne recueillent pas tous, ou ne transmettent pas régulièrement, des données sur l'origine ethnique. Les données sur l'origine ethnique déclarées au niveau national varient en exhaustivité; cela peut entraîner la sous-représentation de certaines communautés. L'exactitude des données peut aussi varier étant donné que la **déclaration de l'origine ethnique** est restreinte à des **catégories ethniques** préétablies, qui en limitent la description. Par ailleurs, plusieurs individus peuvent ne pas vouloir s'identifier à un groupe en particulier.

### Sous-déclaration

Le nombre de **cas de sida déclarés** et de **déclarations de résultats positifs au test du VIH**, à un moment particulier, ne reflète pas le nombre réel de personnes vivant avec le VIH ou le sida, parce que :

- certains individus ne demandent pas de test du VIH mais peuvent être séropositifs;
- certains **diagnostics de sida** et résultats positifs au test du VIH ne sont jamais signalés aux autorités provinciales ou territoriales de la santé ni au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI).

### Retards dans la déclaration

Il y a souvent un délai important entre le moment où une personne reçoit un résultat positif au test du VIH (ou un diagnostic de sida) et celui où la déclaration parvient au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI). Pour plus d'information sur les retards dans la déclaration, voir l'item 10.

## Déclaration des décès

La loi requiert la déclaration de tous les décès, peu importe leur cause, aux registres provinciaux et territoriaux des Bureaux canadiens des statistiques de l'état civil. Par conséquent, la sous-déclaration des décès liés au VIH est minime. L'information recueillie est publiée annuellement par Statistique Canada.

Le nombre de décès parmi les cas de sida déclarés (que le CPCMI publie dans ses documents de surveillance) est cependant sujet à une forte sous-estimation, pour diverses raisons.

Premièrement, le décès n'est *pas* une variable à déclaration obligatoire, dans le système de surveillance du VIH/sida des provinces/territoires canadiens et du CPCMI. Donc, le décès d'un individu pourrait ne jamais être signalé au CPCMI (sous-déclaration) ou il pourrait y avoir un délai avant que la déclaration du décès lui parvienne (retard dans la déclaration). Même si un professionnel de la santé indique le sida comme cause de décès dans un dossier médical ou sur un certificat de décès, il se pourrait que cette information ne soit jamais transmise au CPCMI sous forme de « rapport de suivi ». Or, ce sont les suivis qui sont rapportés dans les documents de surveillance en tant que décès attribués au sida.

Deuxièmement, les décès liés à des *causes autres que le sida* sont moins susceptibles d'être signalés au CPCMI que ceux qui sont liés au sida. Par exemple, si une personne qui a le sida meurt dans un accident d'auto, il y a moins de chances que le CPCMI reçoive un rapport de suivi sur son cas (contrairement à un décès lié au sida).

Le CPCMI ne peut publier des renseignements sur les décès causés par le sida que s'ils sont liés à un cas déclaré antérieurement. Sans un suivi actif, le professionnel de la santé qui a effectué la déclaration de cas de sida pourrait ne pas savoir si le patient est décédé, déménagé ou s'il consulte simplement un médecin.

## Duplication des déclarations

L'élimination des doubles de déclarations de résultats positifs au test du VIH est difficile, parce que certaines déclarations sont transmises sans identificateur. Toutefois, les provinces et les territoires éliminent autant que possible les doublons. Si certains sont oubliés, il peut en résulter une surestimation du nombre de résultats positifs au test du VIH, dans les données de surveillance.

Pour plus d'information sur la duplication de déclarations, voir l'item 11.

## Déclaration du VIH chez les enfants de moins de deux ans (nourrissons)

Les nourrissons qui sont trouvés **séropositifs** à leur premier test du VIH peuvent se révéler **séronégatifs** lors de tests subséquents. Puisque toute déclaration de résultat positif au test du VIH chez un nourrisson est toujours incluse dans les données concernant les enfants, il pourrait en découler une surestimation de l'infection à VIH dans cette population. Cependant, le CPCMI surveille les changements signalés dans l'**état sérologique** des nourrissons et il met à jour ses données de surveillance pour refléter cette réalité.

Pour plus d'information sur la déclaration de l'infection à VIH chez les enfants de moins de deux ans, voir l'item 12.

## 15. Comment le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) tient-il compte des limites des données de surveillance?

(Voir aussi **item 14**)

Le CPCMI utilise des méthodes statistiques usuelles pour tenir compte des limites des données rapportées et pour améliorer l'exactitude des données publiées.

Par exemple, il se sert de méthodes statistiques pour estimer la sous-déclaration et les retards dans la déclaration, afin d'ajuster les chiffres en conséquence. Les données corrigées tiennent compte des variations régionales dans les délais de déclaration.

Puisque les données de **surveillance** sur le VIH et le sida ne donnent pas un aperçu complet du nombre de personnes vivant avec le VIH/sida, le CPCMI produit aussi des estimations de la **prévalence** et de l'**incidence**. Pour plus d'information sur les méthodes d'estimation de la prévalence et de l'incidence du VIH, voir l'item 20.

## 16. La définition du sida a évolué au fil du temps. Comment le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) tient-il compte de cette évolution, dans ses données?

La définition du sida n'a subi que de légères modifications, depuis le début de la **surveillance**. Toutefois, la base de données sur la surveillance nationale du sida n'a pas été adaptée à ces changements. Toutes les déclarations de cas de sida correspondent à la définition de la maladie qui était en vigueur au moment où a été effectué un **diagnostic de sida**. Une fois enregistrées dans la base de données, les **déclarations de cas de sida** y demeurent. Les renseignements inscrits sur le formulaire de déclaration ne sont pas modifiés.

La définition canadienne du diagnostic de sida a évolué avec la découverte de nouveaux faits à propos de la maladie. En général, elle a été modifiée pour inclure de nouvelles pathologies révélatrices du sida. Cela signifie que certains **cas** qui remplissent aujourd'hui les critères d'un diagnostic de sida pourraient ne pas avoir répondu aux critères plus restreints utilisés précédemment. Par exemple, avant 1993, le sida *n'aurait pas* été diagnostiqué chez un patient séropositif au VIH atteint de tuberculose. Pourtant, ce patient recevrait *maintenant* un diagnostic de sida, puisque la définition actuelle du sida inclut le diagnostic de la tuberculose chez une personne séropositive.

Le CPCMI considère ce fait comme une limite de la base de données sur le sida. Toutefois, comme la définition du sida a peu changé depuis le début des activités de surveillance, l'impact des changements est considéré minime. Pour plus d'information sur les limites des données de surveillance, voir l'item 14.

## **17. La comparaison de statistiques sur le sida entre divers pays est-elle limitée par des divergences dans la définition de la maladie?**

La comparaison de statistiques sur le sida entre les pays est difficile, en raison de divergences dans les définitions du sida et dans les méthodes de surveillance.

La définition canadienne du sida se fonde sur les directives des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis. Il est toutefois important de noter que contrairement à la définition américaine du **cas de sida**, la liste des indicateurs de maladie requis pour poser un **diagnostic de sida** au Canada n'inclut pas un compte de lymphocytes T4 inférieur à 200 par millimètre cube de sang ( $< 200/\mu\text{L}$ ).

Des définitions du sida dans d'autres pays se fondent sur d'autres balises. Néanmoins, les différences mondiales demeurent mineures.

Les méthodes de collecte, d'analyse et de déclaration des données de surveillance sur le VIH/sida varient également d'un pays à l'autre.

# Déclaration de résultats positifs au test du VIH, incidence du VIH et nouveaux diagnostics de VIH

## 18. a) Y a-t-il une différence entre les résultats positifs déclarés et l'incidence du VIH?

Oui. L'**incidence** correspond au nombre de personnes qui ont contracté le VIH pendant une période donnée – c'est-à-dire le nombre de nouvelles infections à VIH survenues durant cette période. Le nombre de cas positifs au test du VIH qui sont déclarés est le reflet du nombre de résultats positifs qui ont été signalés aux autorités de santé publique pendant une période spécifique. Dans les documents produits par le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), la déclaration de résultats positifs au test du VIH comprend seulement les individus qui ont reçu un résultat positif au test du VIH et dont le résultat a été transmis au CPCMI. Il est important de noter que la déclaration d'un résultat positif au test du VIH réfère au moment du diagnostic du VIH, et non à celui où a été contractée l'infection (possiblement bien plus tôt).

Il ne faut pas confondre incidence et déclaration. L'incidence du VIH correspond au nombre de *nouvelles infections* par année, alors que la déclaration de résultats positifs se rapporte au nombre de *nouveaux diagnostics* d'infection à VIH qui sont *déclarés* par année.

Par exemple, en 1999, on estime que 4 190 Canadiens ont contracté le VIH (incidence du VIH); et 2 239 nouveaux diagnostics d'infection à VIH ont été déclarés (déclaration de résultats positifs au test du VIH) durant la même année.

## b) Y a-t-il une différence entre la déclaration de résultats positifs au test du VIH et les nouveaux diagnostics de VIH?

Étant donné que les nouveaux diagnostics de VIH ne sont pas tous signalés aux autorités de santé publique, le nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH sera une sous-estimation du nombre réel de nouveaux diagnostics d'infection à VIH.

# Incidence et prévalence du VIH

## 19. Quelle est la différence entre incidence et prévalence du VIH?

L'**incidence** du VIH est le nombre de *nouveaux cas* d'infection à VIH qui surviennent pendant une période donnée, alors que la **prévalence** du VIH est le nombre *total* de cas d'infections à VIH à un moment donné. La prévalence peut aussi être décrite comme le nombre total de personnes vivant avec le VIH (y compris le sida), à un moment donné.

Dans la recherche sur le VIH/sida, la prévalence procure un aperçu du nombre de personnes qui vivent avec le VIH; l'incidence nous indique combien de personnes sont devenues séropositives pendant une période (autrement dit, la vitesse de propagation de l'**épidémie** de VIH).

## 20. Comment s'y prend le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) pour estimer l'incidence et la prévalence nationales du VIH? (Voir aussi item 19)

Les données de **surveillance** ne concernent que les personnes qui ont subi un test du VIH (ou qui reçoivent des soins médicaux) et dont le résultat positif à ce test a été déclaré aux autorités de santé publique. Par conséquent, ces données ne représentent pas le nombre annuel total de personnes qui contractent l'infection à VIH (**incidence**), ni le nombre total de personnes qui vivent avec le VIH (**prévalence**).

Pour tenir compte de cette réalité, l'incidence et la prévalence nationales du VIH sont estimées au moyen de méthodes directes et indirectes. Cela exige une grande diversité de sources, comme les bases de données provinciales sur le test du VIH, les enquêtes de populations, les études épidémiologiques ciblées et les données de recensements.

La *méthode directe* consiste à estimer l'incidence et la prévalence au moyen de recherches épidémiologiques parmi des groupes spécifiques de population. Ces estimés sont ensuite multipliés par la **population vulnérable** estimée. Les estimés des populations vulnérables sont obtenus par diverses méthodes, notamment des estimés de populations, les enquêtes de populations et les données de recensements.

Deux *méthodes indirectes* servent conjointement à estimer la prévalence du VIH. Les deux reposent sur le nombre de diagnostics positifs de VIH recensés dans les bases de données provinciales et sur l'information relative aux comportements à l'égard du test du VIH obtenue par des enquêtes de populations.

L'incidence du VIH s'estime aussi par une autre *méthode indirecte*. Celle-ci consiste à estimer l'incidence du VIH, en calculant la différence entre les nombres des deux plus récents estimés de la prévalence, et en y ajoutant le nombre de décès du sida qui se sont produits pendant la période écoulée entre ces deux estimés. Le résultat procure un estimé du nombre de nouveaux cas d'infection.

Pour en savoir plus sur les estimés nationaux de la prévalence et de l'incidence du VIH, consultez les documents publiés par le Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2001a, listés au verso du guide.

## 21. Quelle est la précision des estimés nationaux de l'incidence et de la prévalence de l'infection à VIH chez les Canadiens?

Les méthodes utilisées pour estimer la **prévalence** et l'**incidence** de l'infection à VIH parmi les Canadiens tirent le maximum d'une grande diversité de sources de données, notamment les **déclarations des cas de sida**, les bases de données provinciales sur le VIH, les enquêtes de populations, les recherches épidémiologiques et les données de recensements. Les estimés sont inévitablement imprécis, mais le fait d'utiliser plusieurs méthodes d'estimation, dans une approche combinée, améliore leur précision. Les avantages de cette approche résident dans sa souplesse et dans sa capacité d'incorporer de nouvelles données et de mettre en relief les lacunes des connaissances actuelles.

Le fait que les méthodes utilisées pour estimer les **tendances** nationales de l'infection à VIH soient en grande partie déterminées par les données recueillies dans les grandes villes constitue une limite. Ces estimés pourraient ne pas nécessairement refléter les tendances locales de l'incidence et de la prévalence du VIH à travers le Canada.

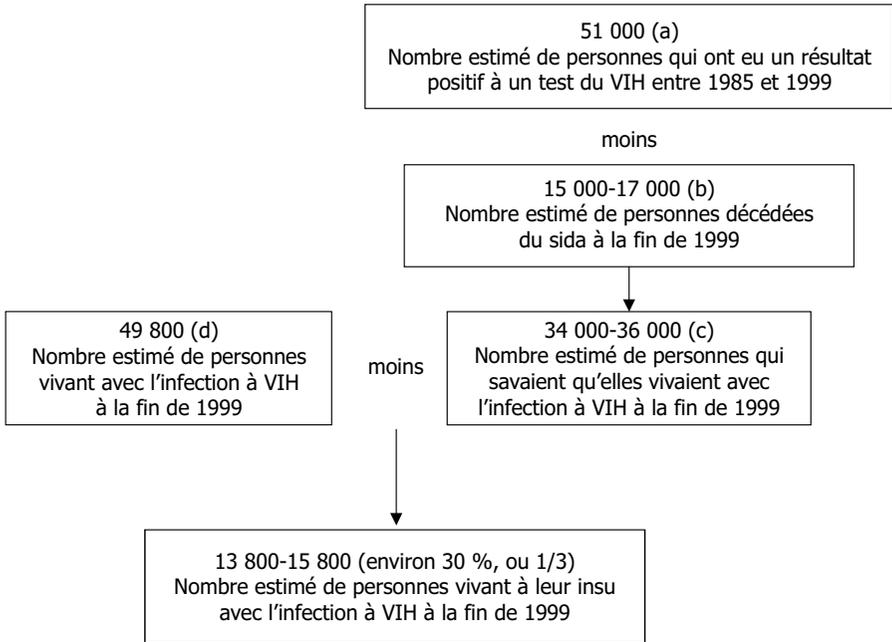
## **22. Comment peut-on estimer que jusqu'à un tiers des cas de VIH pourraient ne pas être diagnostiqués?** (Voir aussi **item 20**)

Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) estime le nombre de personnes qui pourraient être atteintes de l'infection à VIH sans en être informées (c'est-à-dire le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida mais dont l'infection n'a pas été diagnostiquée).

Plusieurs étapes mènent à l'estimation du nombre possible d'infections à VIH non diagnostiquées. Les étapes décrites ci-dessous sont illustrées dans le diagramme.

1. On estime d'abord le nombre total de personnes au Canada qui (a) ont reçu un résultat positif au test du VIH et le nombre de personnes qui (b) sont décédées du sida. Cela se fait en apportant des ajustements aux nombres déclarés au CPCMI, afin de tenir compte de la sous-déclaration et des retards dans la déclaration. (La sous-déclaration et les retards dans la déclaration sont expliqués à l'item 14.)
2. Le nombre estimé de personnes décédées du sida (b) est soustrait du nombre de personnes qui ont reçu un résultat positif au test du VIH (a). Le résultat est le nombre de personnes vivantes qui sont informées qu'elles ont le VIH (c) – c'est-à-dire dont l'infection à VIH a été diagnostiquée.
3. On estime ensuite le nombre de personnes vivant avec le VIH informées/diagnostiquées ou non (d). Ceci est fait en utilisant une combinaison de différentes sources et méthodes. Celles-ci sont décrites à l'item 20.
4. Le nombre de personnes qui sont informées qu'elles vivent avec le VIH (c) est ensuite soustrait du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH informées/diagnostiquées ou non (d).

Cela procure un nombre estimé de cas d'infection à VIH non diagnostiqués (c'est-à-dire les personnes qui vivent avec le VIH mais qui n'ont pas encore passé un test du VIH).



# Épidémiologie et surveillance

## 23. Quelle est la différence entre les termes « épidémiologie » et « surveillance »?

**L'épidémiologie** est l'*étude* de l'occurrence, de la distribution et des facteurs déterminants associés à la santé et aux maladies, dans une population. Autrement dit, elle consiste à observer à quel point des maladies ou des événements relatifs à la santé sont fréquents dans certains groupes et pour quelles raisons.

**La surveillance** est une facette importante de l'épidémiologie. Elle peut se définir comme la démarche continue de collecte, d'analyse, d'interprétation et de dissémination de données sur la santé, comme les données sur l'infection à VIH. Autrement dit, elle consiste à noter les types de personnes et les lieux où se manifeste la maladie et à observer les tendances. La surveillance est un des nombreux moyens par lesquels les épidémiologistes recueillent de l'information sur des infections ou maladies, comme l'infection à VIH.

Par exemple, une étude épidémiologique pourrait examiner les comportements qui placent des personnes en situation de risque d'infection à VIH (les **facteurs de risque**); ou l'on pourrait étudier les personnes chez qui se manifestent ces comportements. Si le chercheur veut déterminer chez quel groupe de personnes se rencontre le plus grand nombre de cas déclarés d'infection à VIH, il examinera les données de surveillance.

# Ressources sur Internet

Des renseignements supplémentaires sur le VIH/sida, l'épidémiologie et la surveillance sont accessibles sur les sites Internet suivants.

## **B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS**

[cfeweb.hivnet.ubc.ca/cfe.html](http://cfeweb.hivnet.ubc.ca/cfe.html)

## **Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis)**

[www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

## **Centre canadien de documentation sur le VIH/sida**

[www.clearinghouse.cpha.ca](http://www.clearinghouse.cpha.ca)

## **Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida (Santé Canada)**

[www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/hast-vsmt/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/hast-vsmt/index_f.html)

## **Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements (CCSAT)**

[www.ctac.ca](http://www.ctac.ca)

## **Fondation canadienne pour la recherche sur le sida**

[www.canfar.com](http://www.canfar.com)

## **Harvard AIDS Review**

[www.aids.harvard.edu/publications/har/index.html](http://www.aids.harvard.edu/publications/har/index.html)

## **Instituts de recherche en santé du Canada**

[www.cihr.ca/index.shtml](http://www.cihr.ca/index.shtml)

## **Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)**

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)

## **Réseau canadien autochtone du sida**

[www.caan.ca](http://www.caan.ca)

**Réseau canadien d'info-traitements sida (RCITS)**

[www.catie.ca](http://www.catie.ca)

**Réseau canadien pour les essais VIH**

[www.hivnet.ubc.ca/ctn.html](http://www.hivnet.ubc.ca/ctn.html)

**Réseau juridique canadien VIH/sida**

[www.aidslaw.ca](http://www.aidslaw.ca)

**Société canadienne du sida**

[www.cdn aids.ca](http://www.cdn aids.ca)

**Stratégie canadienne sur le VIH/sida**

[www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih\\_sida/strat\\_can/f\\_partners/f\\_canadian.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/f_partners/f_canadian.html)

# Bibliographie

Ces ressources et publications ont servi à la préparation du guide.

Beaglehoe R., Bonita R., Kjellström T., *Éléments d'épidémiologie*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993.

Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, « Estimations de la prévalence et de l'incidence nationales du VIH pour 1999 : il n'y a pas d'évidence de baisse de l'incidence globale », *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, 2001a:1. Disponible à <[http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/index\\_f.html#VIH](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/index_f.html#VIH)>.

Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les femmes au Canada », *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, 2001b:18. Disponible à <[http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/index\\_f.html#VIH](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/index_f.html#VIH)>.

Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, « Le VIH et l'appartenance ethnique au Canada », *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, 2001c:28. Disponible à <[http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/index\\_f.html#VIH](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/index_f.html#VIH)>.

Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada », *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, 2001d:43. Disponible à <[http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/index\\_f.html#VIH](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/index_f.html#VIH)>.

Center for Community-Based Health Strategies, *Priority setting guide : glossary*, 2001. Disponible à <[www.hivaidsta.org/pdf/Priority\\_Setting\\_Guide/Appendices\\_Glossary\\_Biblio.pdf](http://www.hivaidsta.org/pdf/Priority_Setting_Guide/Appendices_Glossary_Biblio.pdf)>.

Cochrane Collaboration, *Research glossary for consumers*, 1999. Disponible à <[www.cochrane.org/cochrane/cngloss.htm](http://www.cochrane.org/cochrane/cngloss.htm)>.

Community Research Initiative of Toronto (CRIT), Réseau canadien pour les essais VIH (RCEV) – région ontarienne, HIV Ontario Observational Database (HOOD), *A workbook for community-based research*, Toronto, CRIT, RCEV, HOOD, 1996.

De Palomo F.B., *Numbers here, numbers there, numbers everywhere! How to look at and use critical data for prevention planning : what do the numbers mean?*, présenté lors du NAPWA Regional Prevention Planning, Chicago, Illinois, 21-22 septembre 1996.

Furler M., Walmsley S., Millson P. et coll., « Antiretroviral medication use by Ontario HIV patients : gender differences », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 (Suppl B) : 72B.

Garfein R.S., Doherty M.C., Monterroso E.R. et coll., « Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1998, 18 (Suppl 1) : S11-19.

Glantz S., *Primer of biostatistics*, 4<sup>e</sup> édition, New York, McGraw-Hill, 1997.

Hennekens C.H., Buring J.E., *Epidemiology in medicine*, Boston, Little Brown and Company, 1987.

HIV/AIDS Treatment Information Service, *Glossary of HIV/AIDS related terms*, 3<sup>e</sup> édition, Rockville, HIV/AIDS Treatment Information Service, 1999.

Howell, D.C., *Statistical methods for psychology*, 4<sup>e</sup> édition, Belmont (Calif.), Duxbury Press, 1997.

Jürgens R., *Test de sérodiagnostic et confidentialité : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1998. Disponible à <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests.htm>>.

Last J.M., *A dictionary of epidemiology*, 4<sup>e</sup> édition, New York, Oxford University Press, 2001.

- Leonard L., Gahagan J., Doherty M. et coll., « The experience of testing for HIV in pregnancy : deviation from established Canadian principles of HIV testing? », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 (Suppl B) : 85B.
- Leonard L., Navarro C., Birkett N., *A gendered analysis of sexual and injection practices associated with high Levels of HIV prevalence among injection drug users in Ottawa-Carleton 1996-2000: Issues for HIV prevention programming and policy development*, Monographie M01-2, Ottawa, Centre de recherche sur la santé communautaire, Département d'Épidémiologie et de Médecine sociale, Université d'Ottawa, 2001.
- Martindale S., Craib K.J.P., Chan K. et coll., « Increasing rate of new HIV infections among young gay and bisexual men in Vancouver, 1995-99 vs. 2000 », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 (Suppl B) : 62B.
- McKay E.G., *Using data, assessing needs : a guide for community members of HIV prevention community planning groups*, Washington, D.C., Mosaica, The Centre for Non-profit Development and Pluralism, National Council of La Raza (NCLR) AIDS Center, NCLR Center for Health Promotion, 1995.
- Ministère de la Santé de l'Ontario, *Directives sur les consultations préalables et consécutives aux tests anonymes* (mise à jour, octobre 1995), Toronto, Ministère de la Santé de l'Ontario, 1995.
- Osborn C.E., *Statistical applications for health information management*, Gaithersburg MD, Aspen Publishers, 2000.
- Polit D.F., Hungler B.P., *Essentials of nursing research : methods, appraisal and utilization*, 3<sup>e</sup> édition, Philadelphie, J.B. Lippincott, 1993.
- Remis R.S., Alary M., Otis J. et coll., « HIV infection in the Omega cohort of men who have sex with men (MSM) in Montreal : update to September 2000 », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 (Suppl B) : 61B.
- Remis R.S., Major C., Calzavara L. et coll., *The HIV/AIDS epidemic among men who have sex with other men : the situation in Ontario in the year 2000*, Toronto, University of Toronto, 2000.

Remis R.S., Whittingham E.P., *The HIV/AIDS epidemic among persons from HIV-endemic countries in Ontario, 1981-98 : situation report*, Toronto, University of Toronto, 1999.

Remis R.S., *Guidelines for the surveillance of AIDS in Canada*, Division de l'épidémiologie du VIH, Santé Canada, 1996.

Réseau canadien autochtone du sida, *Comprendre l'épidémiologie du VIH/sida : la surveillance du VIH/sida chez les peuples autochtones du Canada*, Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2001. Disponible à <<http://www.caan.ca/FPublication1.htm>>.

Réseau juridique canadien VIH/sida, « Administration de tests pour détecter l'infection » (feuillet d'information n° 4), *Exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001. Disponible à <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/feuillet.htm#epvvv>>.

Réseau juridique canadien VIH/sida, « Progrès des technologies de test du VIH » (feuillet d'information n° 9), *Test du VIH*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2000. Disponible à <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/feuillet.htm#tdv>>.

Reynolds K., Stephens P.C., Combs V. et coll., *Epi 101 : using data for decision making*, présenté au Community Planning Leadership Summit for HIV Prevention, Houston, Texas, 17 mars 2001.

Romanowski B., Campbell P.J., Preiksaitis J.K. et coll., « Human immunodeficiency virus seroprevalence and risk behaviours in patients attending sexually transmitted disease clinics in Alberta », *Sexually Transmitted Diseases*, 1997, 24(8) : 487-494.

Santé Canada, *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 2000*, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, 2000. Disponible à <[http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/aids-sida/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/aids-sida/index_f.html)>.

Santé et Bien-être social Canada, « Révision de la définition de cas du sida à des fins de surveillance au Canada », *Relevé canadien des maladies transmissibles au Canada*, 1993, 19-15 : 115-116.

Schoenbach V.J., Rosamund W.D., *Understanding the fundamentals of epidemiology : an evolving text*, Caroline du Nord, University of North Carolina Chapel Hill, 2000.

Tyndall M.W., Laliberte N., Spittal P. et coll., « Patterns of drug use following the initiation of methadone maintenance treatment », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 (Suppl B) : 56B.

Weber A.E., Roy E., Blais L. et coll., « HIV risk and prostitution among females in the Montréal Street Youth Cohort », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 (Suppl B) : 67B.

Women's Addiction Foundation, Substance use, HIV and Hepatitis C, 2001. Disponible à <[www.womenfdn.org/info/hiv.pdf](http://www.womenfdn.org/info/hiv.pdf)>.