



VIH/sida

Actualités en épidémiologie

Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses

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

Points saillants

- ◆ Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique sont sur-représentées dans le groupe des personnes atteintes du VIH/sida au Canada. En 2001, environ 1,5 % de la population canadienne était née dans un pays où le VIH est endémique, mais on estimait les personnes hétérosexuelles originaires de pays où le VIH est endémique et exposées à la maladie par contact hétérosexuel représentaient entre 7 et 10 % de la population séropositive et entre 6 et 12 % de l'ensemble des nouveaux cas en 2002.
- ◆ Le diagnostic du VIH est posé à un âge plus précoce chez les personnes appartenant à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique que chez celles appartenant à d'autres sous-catégories d'exposition par des contacts hétérosexuels. Quatre-vingt pour cent des tests positifs pour le VIH sont effectués sur des personnes âgées de moins de 40 ans.
- ◆ Le VIH/sida a une incidence considérable sur les femmes qui viennent de pays où cette maladie est endémique. Les femmes représentaient 52 % des personnes diagnostiquées séropositives pour le VIH dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique entre 1998 et 2004, et 42 % des sidéens au cours de cette même période.

Introduction

Selon des rapports publiés par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le nombre de personnes atteintes du VIH/sida dans le monde était estimé, à la fin de 2004, à 39,4 millions (entre 35,9 et 44,3 millions), ce qui équivaut à un taux de prévalence du VIH de 1 % chez les adultes âgés de 15 à 49 ans¹. Certains pays sont touchés plus que d'autres par le VIH et le sida. La majorité des pays qui affichent des taux de prévalence élevés pour le VIH/sida sont confrontés à une épidémie généralisée, ce qui signifie que le VIH se propage dans toute la population plutôt que de se confiner dans des groupes particuliers présentant des risques plus élevés (comme les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, et les utilisateurs de drogues injectables)². Dans les pays qui font face à une telle épidémie, le VIH se propage principalement par les contacts hétérosexuels.

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

- ◆ au moins 50 % des cas de VIH sont attribués à des contacts hétérosexuels;
- ◆ le ratio hommes-femmes est égal ou inférieur à 2:1;

- ♦ le taux de prévalence du VIH est égal ou supérieur à 2 % chez les femmes qui reçoivent des soins prénataux.

Les régions où la prévalence du VIH chez les adultes est supérieure à 1 % incluent par exemple l'Afrique subsaharienne (7,4 % ou 25,4 millions de personnes) et les Antilles (2,3 % ou 444 000 personnes)². Une liste exhaustive des pays où le VIH est endémique figure à l'annexe A de ce document. On procède actuellement à la mise à jour de cette liste en vue d'y inclure d'autres pays répondant aux critères ci-dessus.

Le présent numéro des *Actualités en épidémiologie* présente les plus récents renseignements sur la prévalence du VIH/sida au Canada chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Il a été rédigé grâce à une collaboration entre la Division de la surveillance et de l'évaluation des risques (DSER) du CPCMI, d'autres éléments de l'ASPC et le Groupe de travail sur le VIH endémique*. Les données qui figurent dans le présent rapport sont tirées de données de surveillance volontairement fournies par les provinces et les territoires et concernant les rapports de tests positifs pour le VIH et les cas de sida diagnostiqués pour la période de 1998 à la fin de 2004.

Contexte

Personnes originaires de pays où le VIH est endémique

Selon le recensement de 2001, le pourcentage de la population canadienne née dans un pays où le VIH est endémique était de 1,5 %³. Relativement aux autres provinces, l'Ontario et le Québec présentent un pourcentage plus élevé de personnes nées dans des pays où le VIH est endémique, soit 2,6 % et 1,3 % de leur population respectivement³. Dans ces provinces, on trouve des

concentrations élevées de personnes nées dans des pays où le VIH est endémique dans des centres urbains comme Toronto (4,9 %), Ottawa (2,9 %) et Montréal (2,4 %)³. Le nombre de personnes originaires de pays où le VIH est endémique est en fait plus important que ce que semblent indiquer les données du recensement, surtout si l'on tient compte de leurs descendants nés au Canada.

Les communautés de personnes originaires de pays où le VIH est endémique sont diverses; elles se distinguent par leurs antécédents historiques, leurs langues et leurs traditions culturelles. Malheureusement, ces collectivités sont touchées de façon disproportionnée par de nombreux facteurs sociaux, économiques et comportementaux qui, en plus d'accroître leur vulnérabilité au VIH, réduisent leur accès aux programmes de prévention, de dépistage et de traitement. Deux enquêtes^{4,5} menées auprès de communautés et de fournisseurs de services d'origine africaine et antillaise ont montré que des problèmes comme le racisme, l'itinérance, les déménagements à répétition, la pauvreté, le sous-emploi et les problèmes relatifs au statut en matière d'immigration et de citoyenneté réduisent l'accessibilité aux programmes. Ces enquêtes ont permis de relever d'autres obstacles, comme la peur et les stigmates, le déni (en tant que mécanisme d'adaptation), l'isolement social, le manque de soutien social, la perte d'emploi, la crainte de l'expulsion, la discrimination, les rapports de pouvoir, ainsi que les attitudes culturelles à l'égard de la transmission du VIH/sida, de l'homosexualité, du statut de la femme et du sexe ou de la sexualité^{4,5,6,7,8}. En plus de relever ces obstacles, les enquêtes ont conclu à des lacunes des services, sur le plan de leur accessibilité et leur adaptation aux différentes cultures en raison de leur emplacement, d'obstacles linguistiques et du fait que les soins de santé n'étaient pas offerts gratuitement à certaines catégories

* Le Groupe de travail sur le VIH endémique inclut des représentants de divers groupes communautaires (en particulier le African and Caribbean Council on HIV and AIDS en Ontario et GAP-Vies de Montréal), des ministères de la santé publique, des universitaires et du CPCMI. Les membres du groupe de travail proviennent de la Colombie-Britannique, de l'Ontario (Toronto et Ottawa), du Québec (Montréal) et de la Nouvelle-Écosse. Ils ont contribué à la sélection du contenu de la présente publication et ont participé activement au processus de révision.

d'immigrants. Les membres de cinq communautés est-africaines de Toronto ont précisé que les stigmates, l'isolement des personnes séropositives pour le VIH et les obstacles culturels et linguistiques aux traitements constituaient des problèmes particulièrement importants^{9,10,11}.

Surveillance du VIH et du sida

Pour être en mesure de surveiller adéquatement la prévalence du VIH/sida chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, on doit pouvoir accéder intégralement aux données très importantes que sont le pays de naissance et l'origine ethnique. Ces données sur les catégories ethniques (p. ex. les Blancs, les Noirs et les Amérindiens) et le pays de naissance sont rassemblées à l'échelle nationale. On peut catégoriser l'information sur le pays de naissance en utilisant la liste des pays où le VIH est endémique qui figure à l'annexe A. Malheureusement, ces données sont plus ou moins complètes selon la région du Canada.

En ce qui concerne les données de surveillance du VIH, on constate que peu de dossiers contiennent des données complètes sur le pays de naissance et l'origine ethnique. En effet, moins de 10 % des dossiers indiquent le pays de naissance, et on trouve des données sur l'origine ethnique dans environ un tiers (29,4 %) des rapports de tests positifs pour le VIH. Deux des plus grandes provinces canadiennes, l'Ontario et le Québec, ne recueillent ni ne communiquent régulièrement les données sur le pays de naissance ou sur l'origine ethnique dans leurs rapports de tests positifs pour le VIH. Il est ainsi plus difficile d'effectuer une surveillance adéquate, du fait que ces deux provinces produisent ensemble plus des deux tiers des rapports de tests positifs pour le VIH. Elles incluent en outre deux grands centres urbains multiethniques (Toronto et Montréal). En raison de cette absence de

données sur le pays de naissance et l'origine ethnique, il est impossible de décrire de façon exacte la prévalence du VIH/sida dans les sous-groupes ethniques. Ces données figurent plus souvent dans les rapports sur les cas de sida signalés. En effet, la moitié des déclarations de cas de sida sont accompagnées de données sur le pays de naissance, et 87,6 % incluent des données sur l'origine ethnique. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la question de l'origine ethnique, on peut consulter le numéro des *Actualités en épidémiologie* intitulé « Déclaration de l'origine ethnique des cas de sida et d'infection à VIH au Canada : les communautés autochtones et noires requièrent plus d'attention »¹².

En raison de la couverture limitée de ces deux données précises, le CPCMI utilise également de l'information sur les catégories d'exposition pour surveiller la prévalence du VIH/sida dans cette sous-population. L'expression « catégorie d'exposition » fait référence à la façon la plus probable dont une personne a contracté le VIH; les catégories d'exposition sont classées de façon hiérarchique**. Les quatre principales catégories d'exposition sont celles des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH), des utilisateurs de drogues injectables (UDI), des personnes ayant reçu du sang ou des produits sanguins (avant 1985) et des personnes exposées par des contacts hétérosexuels. De façon générale, on considère que les trois premières catégories d'exposition font référence à des activités à risques plus élevés que les contacts hétérosexuels, et que les personnes qui ont participé à de telles activités ont probablement contracté le VIH de cette façon.

Le présent rapport porte principalement sur la sous-catégorie du VIH endémique, incluse dans la catégorie d'exposition plus large de « contact hétérosexuel ». La sous-catégorie

** Même si tous les facteurs de risque associés à un rapport de test positif pour le VIH sont signalés au CPCMI, une seule catégorie d'exposition est attribuée aux fins de l'établissement de rapports nationaux de surveillance de VIH/sida. Une personne qui déclare plusieurs facteurs de risque relatifs au VIH sera incluse dans la catégorie d'exposition correspondant à l'activité ou à la situation qui présente les risques les plus élevés de transmission du VIH dans son cas. La liste hiérarchique des catégories d'exposition est présentée à l'annexe B.

d'exposition au VIH endémique a tout d'abord été signalée au CPCMI en tant que catégorie indépendante en 1998. Outre la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, les autres sous-catégories incluses dans la catégorie d'exposition « contact hétérosexuel » sont celles de « contact hétérosexuel avec une personne à risque » (comme un utilisateur de drogues injectables ou un homme bisexuel) et « aucun risque signalé – hétérosexuel » (ARS-HET) (c.-à-d. les cas où on ne signale aucun facteur de risque pour le VIH, à l'exception d'antécédents de relations hétérosexuelles). Lorsqu'on utilise les catégories d'exposition pour surveiller la prévalence du VIH/sida dans ce groupe de la population, il est important de tenir compte du fait qu'elles n'incluent que les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et qui ont été exposées au VIH/sida par des contacts hétérosexuels, et qu'elles excluent les personnes qui pourraient avoir été exposées au VIH/sida en participant à d'autres activités à risque, comme les HRS et les UDI. Bien que le VIH soit transmis en bonne partie par les contacts hétérosexuels au sein de ce groupe, Remis et Merid¹³ montrent qu'une proportion non négligeable des hommes infectés par le VIH, vivant en Ontario et originaires de régions où le VIH est endémique déclarent avoir eu des relations sexuelles avec d'autres hommes (voir plus loin la section intitulée « Estimation de l'incidence et de la prévalence du VIH/sida chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique »).

Bien que les données sur les catégories d'exposition soient plus fréquemment fournies que celles sur le pays de naissance ou l'origine ethnique, elles n'en demeurent pas moins incomplètes. On trouve des renseignements sur les catégories d'exposition dans seulement 50 % des rapports de tests positifs pour le VIH établis à l'échelle nationale, mais ces renseignements figurent plus souvent dans les rapports sur les cas de sida (soit 93 % de ces rapports). En raison du grand nombre de données manquantes et du fait que la catégorie d'exposition au VIH

endémique n'inclut pas toutes les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, il n'est pas possible d'utiliser les données de surveillance fournies dans le présent rapport pour obtenir un profil représentatif de la prévalence, à l'échelle nationale, du VIH/sida chez les personnes originaires de ces pays. On doit donc interpréter avec prudence les nombres et les pourcentages paraissant dans le présent document, du fait que de nombreuses estimations se fondent sur des échantillons restreints.

Données de surveillance du VIH/sida

Le pourcentage des rapports de tests positifs pour le VIH attribués à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique est à la hausse

De 1998 à 2004, 15 876 rapports de tests positifs pour le VIH et 2 989 cas de sida relatifs à des personnes âgées de 15 ans ou plus ont été communiqués au CPCMI. Le tableau 1 résume les données de surveillance du VIH/sida pour la catégorie d'exposition « contact hétérosexuel » en ce qui concerne les rapports de tests positifs pour le VIH et les cas de sida accompagnés de renseignements sur les catégories d'exposition, pour la période de 1998 à 2004. Sont attribuables à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique 467 rapports de tests positifs pour le VIH et 340 cas de sida. Cette catégorie représente ainsi 5,6 % des rapports de tests positifs pour le VIH et 12,7 % des rapports sur les cas de sida qui comportent des renseignements sur la catégorie d'exposition.

En ce qui concerne les données de surveillance du VIH, le nombre absolu de rapports de tests positifs pour la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique a augmenté, passant de 34 en 1998 à 98 en 2004 (figure 1). Le pourcentage des rapports de tests positifs attribués à la catégorie du VIH endémique est passé de 2,8 % en 1998 à 7,8 % en 2004.

Tableau 1. Pourcentage et nombre des cas dans la catégorie d'exposition « contact hétérosexuel », de 1998 à 2004

Catégorie d'exposition	Rapports de tests positifs pour le VIH (n = 8 324*)	Cas de sida (n = 2 669*)
	Pourcentage (nombre)	Pourcentage (nombre)
Contact hétérosexuel	29,7 % (2,468)	29,1 % (776)
VIH endémique	5,6 % (467)	12,7 % (340)
HET-Risque	14,1 % (1,176)	7,2 % (191)
ARS-HET	9,9 % (825)	9,2 % (245)

* n = nombre de cas comportant des renseignements sur les catégories d'exposition

Bien que le nombre absolu des cas de sida attribués à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique ait diminué au fil du temps (de 58 en 1998 à 30 en 2004), le pourcentage de cas de sida attribuables à cette sous-catégorie est passé de 9,6 % en 1998 à 15,9 % en 2004 (figure 2).

L'augmentation du nombre de rapports de tests positifs pour le VIH observée dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique pourrait être attribuable à une

augmentation réelle des nouveaux cas d'infection chez les personnes nées dans des pays où le VIH est endémique, à l'adoption par les provinces et les territoires de meilleures méthodes de communication des rapports de tests pour cette sous-catégorie ou à une augmentation du dépistage du VIH dans ce groupe de la population. On peut conclure que l'augmentation du dépistage est responsable au moins en partie de cette hausse, en raison de l'adoption récente, par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC),

Figure 1. Nombre de rapports de tests positifs pour le VIH attribués à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, et proportion de tous les rapports positifs, par année (1998-2004)

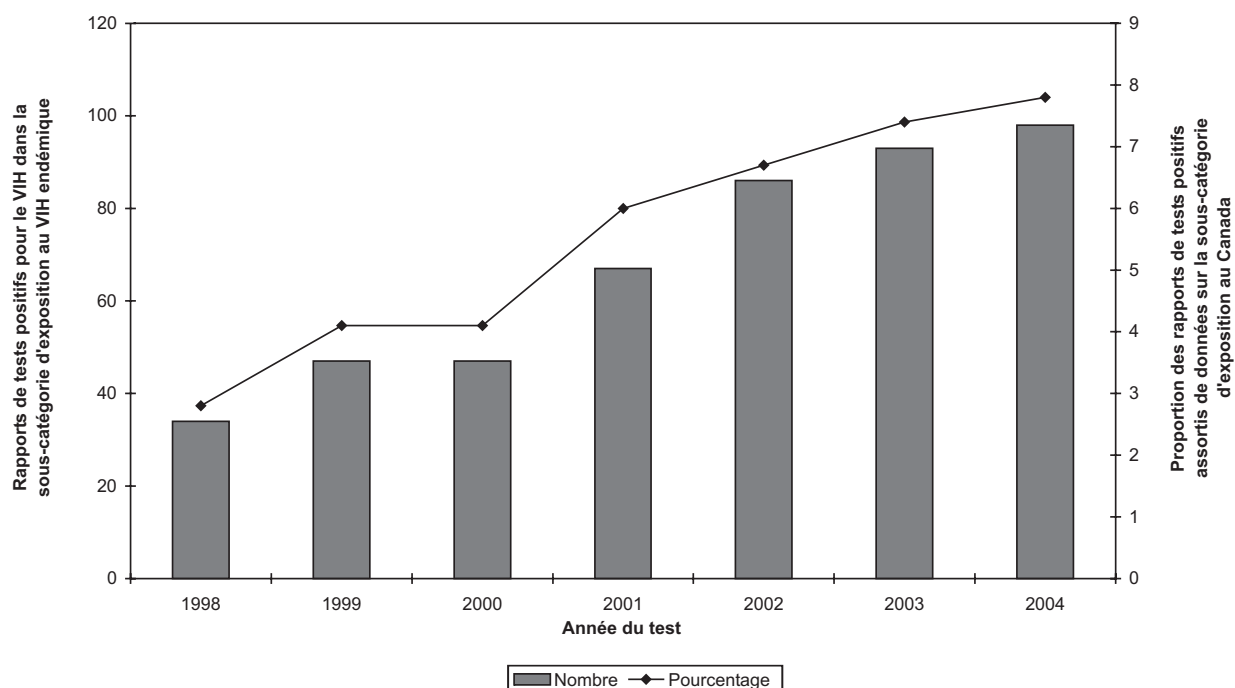
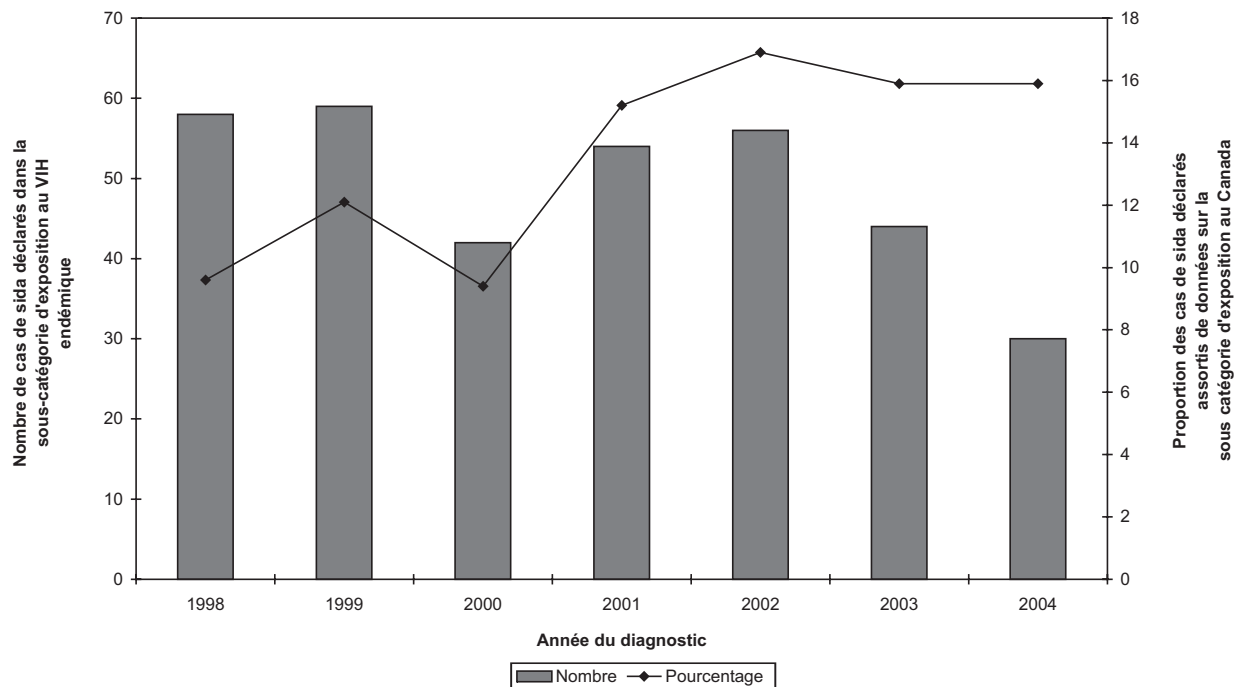


Figure 2. Nombre de cas de sida déclarés qui sont attribués à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, et proportion de tous les cas de sida, par année (1998-2004)



d'une politique qui prévoit le dépistage du VIH chez les immigrants et les réfugiés à des fins de consultation (voir la section intitulée « Immigration et surveillance du VIH/sida »). En fait, on observe des tendances semblables dans d'autres pays (comme le Royaume-Uni) accueillant un grand nombre d'immigrants nés dans des pays où le VIH est endémique¹⁴. Les données fournies par 12 pays du réseau européen de surveillance de l'infection à VIH révèlent une augmentation, entre 1997 et 2002, du nombre de cas diagnostiqués chez les personnes provenant de pays confrontés à une épidémie généralisée de VIH (le nombre de cas diagnostiqués est passé de 1 382 à 3 861, ce qui représente une augmentation de 179 %)¹⁵. Cette tendance est en bonne partie attribuable au Royaume-Uni, qui représente 30 % de la population et environ 40 % des diagnostics d'infection à VIH signalés dans les 12 pays au cours de cette période. Il n'est pas surprenant qu'un pourcentage élevé des diagnostics d'infection à VIH soient posés au Royaume-Uni, puisque ce pays accueille de nombreuses personnes

nées dans des pays où le VIH est endémique^{14,16,17}.

Un pourcentage élevé des rapports de tests positifs pour le VIH et des rapports sur les cas de sida dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique concerne les jeunes

La ventilation de la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique par groupe d'âge permet de tirer des conclusions importantes. Quatre-vingts pour cent des rapports de tests positifs pour le VIH attribués à cette sous-catégorie concernent des personnes de moins de 40 ans (34,2 % des rapports concernent les moins de 30 ans, et 45,8 %, les 30 à 39 ans). En ce qui touche les cas de sida attribués à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, près de la moitié d'entre eux (45,9 %) sont signalés chez les 30 à 39 ans, et 14,4 % chez des personnes de moins de 30 ans. Environ les deux tiers (60,3 %) des cas de sida signalés dans la catégorie d'exposition au VIH

endémique sont recensés dans ces deux groupes d'âge.

Lorsqu'on effectue une comparaison entre les sous-catégories incluses dans la catégorie d'exposition « contact hétérosexuel », on constate que le contraste le plus marqué en ce qui touche la répartition des âges est en lien avec le sida (figure 3). Dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, les personnes âgées de 39 ans ou moins représentent 60,4 % des cas, comparativement à 41,9 % des cas dans la catégorie des contacts sexuels avec une personne à risque et à 44,5 % des cas dans la catégorie ARS-HET.

On relève une tendance semblable en ce qui a trait aux rapports de tests positifs pour le VIH : le nombre de rapports de tests positifs correspondant aux groupes d'âge plus jeunes est plus élevé dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique que dans les autres sous-catégories de la catégorie « contact hétérosexuel ». Comme l'illustre la

figure 4, 80 % des rapports de tests positifs pour le VIH dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique concernent des personnes de 39 ans ou moins. Or, 60 % des rapports de tests positifs établis pour les personnes qui déclarent avoir eu des relations sexuelles avec une personne à risque et 73,7 % des rapports de tests positifs dans la sous-catégorie d'exposition ARS-HET se rapportent à ce groupe d'âge.

Le pourcentage élevé des rapports de tests positifs pour le VIH dans les groupes d'âge plus jeunes, au sein de la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, donne à penser que les personnes dans cette sous-catégorie contractent le VIH à un âge plus précoce que d'autres personnes infectées par des contacts hétérosexuels. Cette constatation pourrait bien s'avérer un premier avertissement pour les responsables de la santé publique; elles indiquent en effet que les programmes de prévention et de contrôle du VIH pourraient être plus efficaces s'ils ciblaient un public plus jeune.

Figure 3. Répartition selon l'âge des cas de sida dans les sous-catégories d'exposition par contact hétérosexuel, 1998-2004

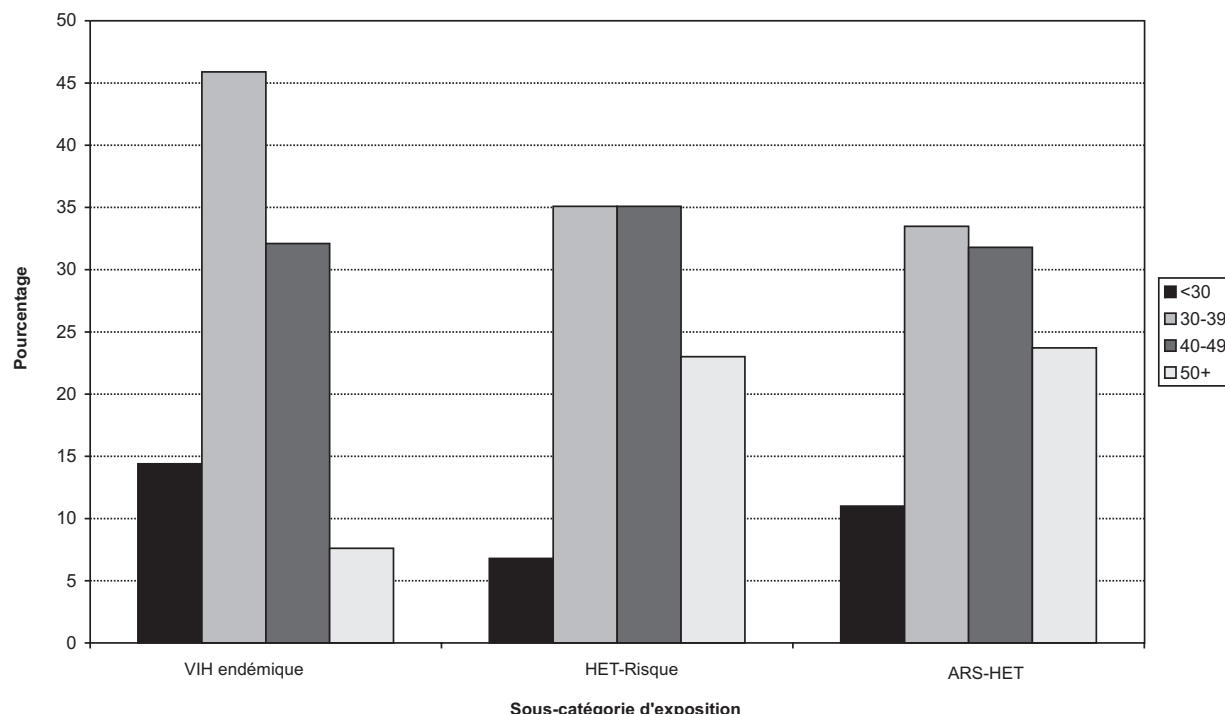
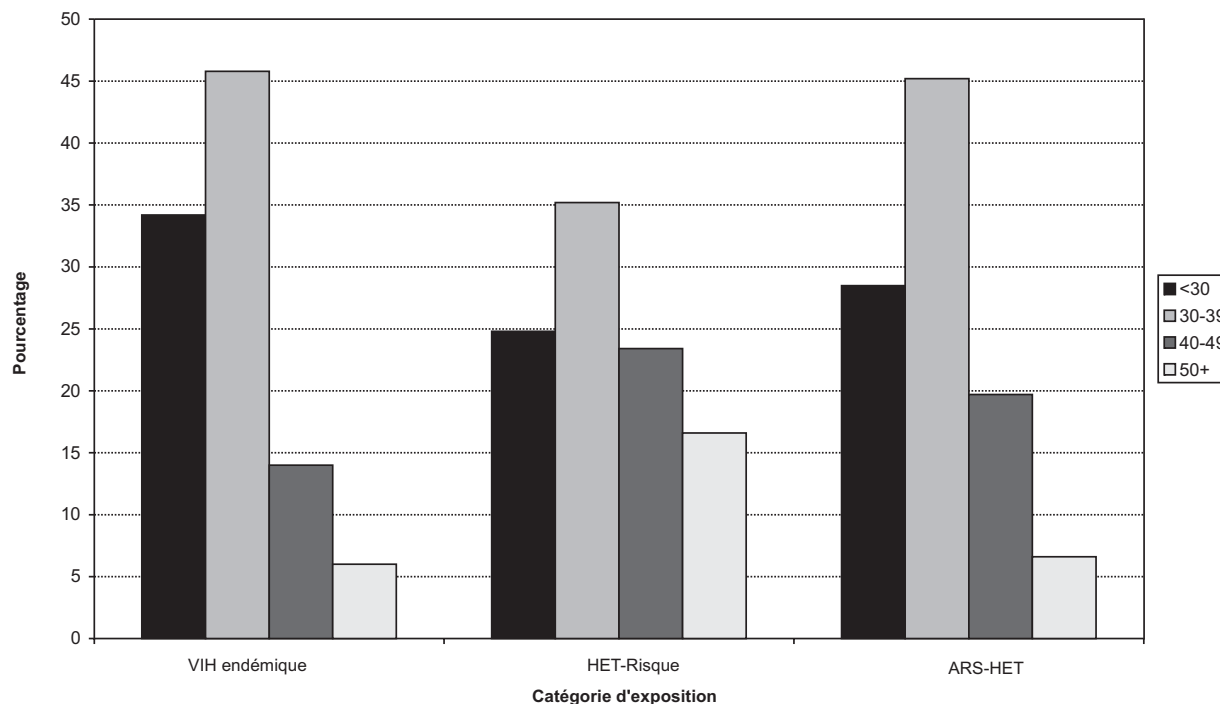


Figure 4. Répartition selon l'âge des rapports de tests positifs pour le VIH dans les sous-catégories d'exposition par contact hétérosexuel, 1998-2004



L'origine ethnique dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique

Des 247 rapports de tests positifs pour le VIH appartenant à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique et incluant des renseignements sur l'origine ethnique, 90,3 % se rapportent à des personnes qui ont déclaré être noires, 4,9 % concernent des Asiatiques, 2,8 % concernent des personnes qui ont déclaré appartenir à la catégorie « autres » et 2 % se rapportent à des Blancs. En ce qui touche les cas de sida définis selon les mêmes paramètres, 87,4 % des personnes atteintes ont déclaré être noires, 7,1 % se considéraient comme asiatiques, 3,4 % disaient appartenir à la catégorie « autres » et 2 % étaient des Blancs.

Deux des plus grandes provinces du Canada, l'Ontario et le Québec, ne fournissent pas de renseignements sur l'origine ethnique dans les rapports de tests positifs pour le VIH transmis au palier fédéral. Cette lacune restreint la surveillance de la prévalence du

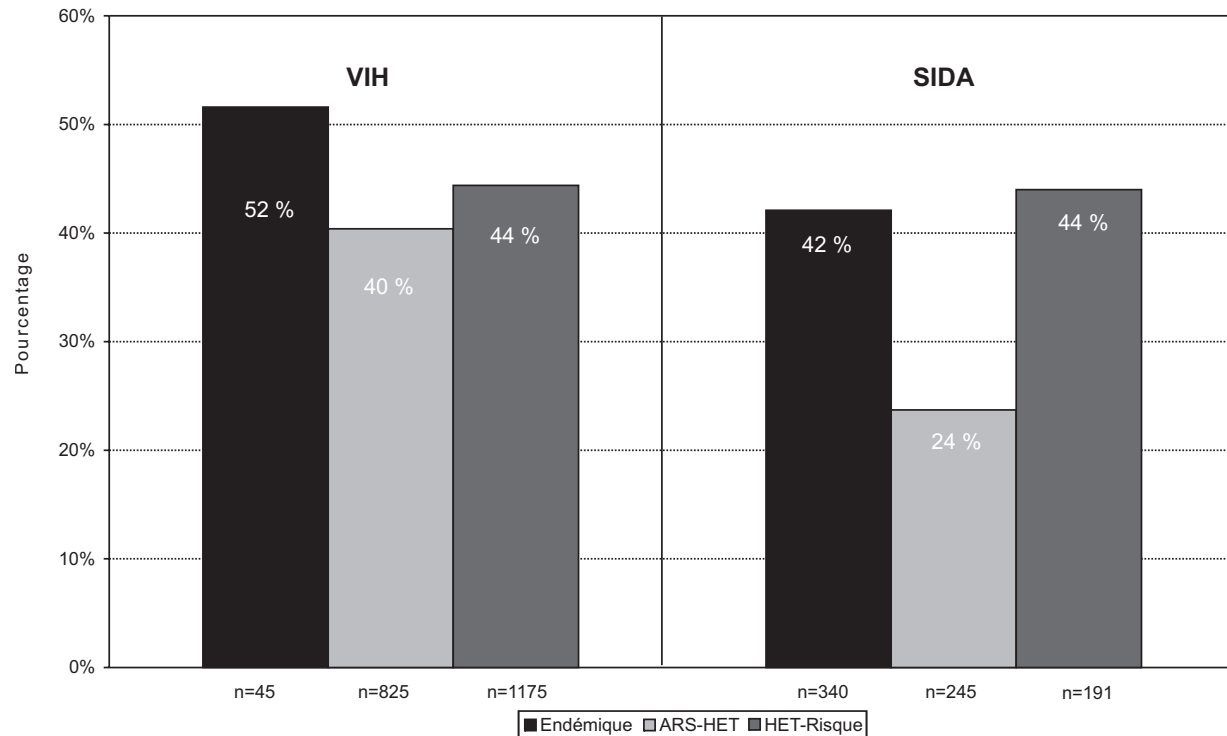
virus chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, du fait que plus des deux tiers des rapports de tests positifs pour le VIH sont établis dans ces deux provinces. Celles-ci incluent en outre deux grands centres urbains, Toronto et Montréal, dans lesquels vivent un pourcentage élevé des personnes originaires de pays où le VIH est endémique.

Les femmes représentent plus de la moitié des sujets inclus dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique

De 1998 à 2004, 239 rapports de tests positifs pour le VIH et 143 rapports sur des cas de sida classés dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique portaient sur des femmes. La figure 5 montre la répartition des rapports de tests positifs pour le VIH et de cas de sida concernant des femmes correspondant aux sous-catégories de la catégorie « contact hétérosexuel ».

Dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, 51,6 % des rapports de tests

Figure 5. Proportion des rapports de tests positifs pour le VIH et des cas de sida attribués aux femmes des sous-catégories d'exposition par contact hétérosexuel, 1998-2004



positifs pour le VIH concernent des femmes. Dans les autres sous-catégories de la catégorie « contact hétérosexuel », les femmes représentent également un pourcentage élevé des cas : 44,4 % des personnes ayant eu des contacts sexuels avec une personne à risque (HET-Risque) et 40,4 % des personnes dans la sous-catégorie ARS-HET sont des femmes. En ce qui touche les données de surveillance du sida, 41,9 % des rapports sur les cas de sida classés dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique concernent des femmes, comparativement à 44,0 % dans la catégorie des contacts sexuels avec une personne à risque et à 23,7 % dans la catégorie ARS-HET. Toutefois, ces données se fondent sur des échantillons restreints.

Tel qu'il a été précisé dans l'introduction, un certain nombre de déterminants de la santé (comme la pauvreté) peuvent influencer sur la vulnérabilité à l'infection à VIH et sur l'accès aux services offerts dans la collectivité. Alors que les femmes originaires de pays où le VIH

est endémique sont touchées par bon nombre de ces déterminants, on a laissé entendre que certains groupes (comme les femmes et les réfugiés) étaient particulièrement marginalisées et plus susceptibles que les autres d'être confrontées à ces obstacles¹⁸.

Femmes en âge de procréer et transmission périnatale

Comme un nombre important de rapports de tests positifs pour le VIH classés dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique portent sur des femmes, et comme l'épidémie de VIH semble toucher des groupes d'âge plus jeunes dans cette sous-catégorie, il est important de tenir compte des femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 44 ans) et de la possibilité d'une transmission périnatale du VIH. Chaque année, de nombreux bébés sont exposés au VIH, avant ou après leur naissance, du fait que leur mère est porteuse de ce virus. Le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada recueille des

données sur l'état sérologique de ces bébés relativement au VIH par le truchement d'enquêtes confidentielles nationales et non nominatives portant sur des bébés suivis par des pédiatres dans les centres de soins tertiaires et par des spécialistes du VIH travaillant en clinique partout au Canada. Le Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants (GCRSE) surveille les enfants exposés, leur accès à des traitements préventifs, et les cas d'infection résultant de ce genre d'exposition.

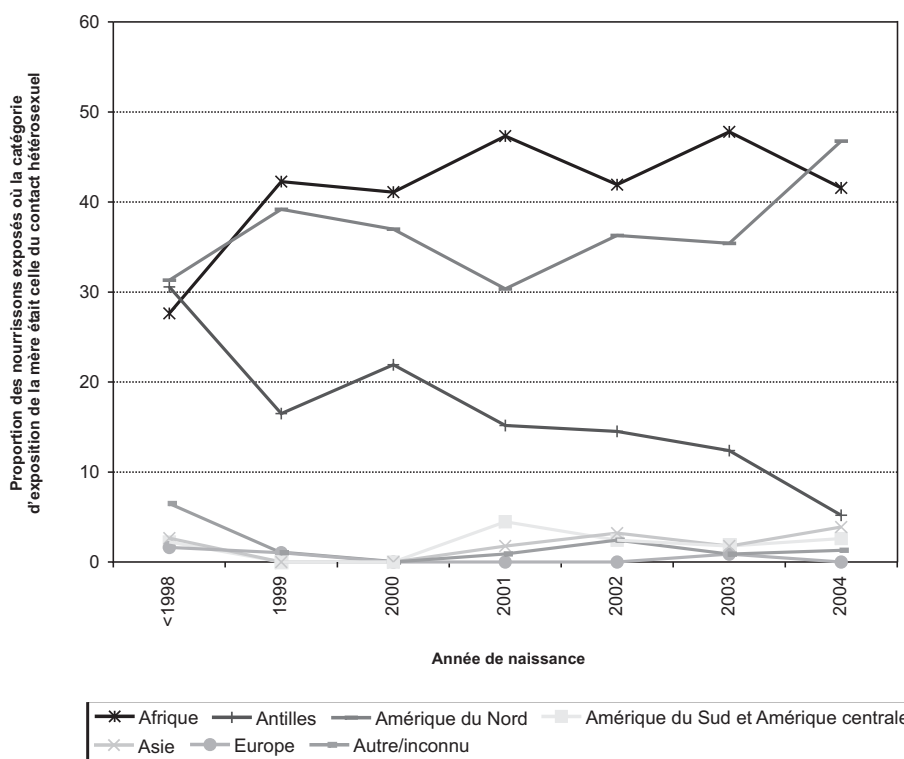
La figure 6 expose des données sur le pays de naissance des mères de bébés vivant au Canada qui ont été exposés au VIH au cours de la période périnatale et où la mère appartient à la catégorie d'exposition « contact hétérosexuel ». Jusqu'en 1998, trois régions du monde représentaient environ 90 % des cas d'exposition : 31 % des bébés exposés étaient nés d'une mère née en Amérique du Nord, 31 %, d'une mère née dans les Antilles, et 28 %, d'une mère née en Afrique. En 2004, les pourcentages des cas

d'exposition attribuables aux mères nées en Amérique du Nord et en Afrique avaient atteint 47 % et 42 %, respectivement. Le pourcentage des cas d'exposition attribuables aux mères nées dans les Antilles ne représentait plus que 5 % de l'ensemble des cas d'exposition.

Quand on interprète les données fournies dans la présente section, on doit garder à l'esprit qu'elles tiennent compte des bébés nés d'une mère reconnue comme étant porteuse du VIH. Ces données n'incluent pas tous les bébés exposés au VIH au cours de la période périnatale, du fait que les femmes enceintes ne connaissent pas toutes leur état sérologique relativement au VIH. En outre, les données sur la région de naissance présentées par le GCRSE ne sont pas ventilées selon les différentes régions de l'Afrique subsaharienne.

Bien que toutes les provinces et tous les territoires du Canada font la promotion du dépistage volontaire du VIH chez les femmes

Figure 6. Bébé exposés au VIH au Canada pendant la période périnatale et dont la mère était classée dans la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel, selon la région de naissance de mère, de 1984 à 2004



enceintes et celles qui souhaitent le devenir, l'application de cette politique varie d'une administration à l'autre. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la transmission périnatale, on peut consulter le numéro des *Actualités en épidémiologie* intitulé « Transmission périnatale du VIH »¹⁹.

Souches VIH-1

La Division de la surveillance et de l'évaluation des risques (DSER) a récemment publié un rapport sur la répartition des souches VIH-1 fondé sur 1 994 échantillons recueillis entre 1986 et 2004²⁰. Dans l'ensemble, on a constaté que la vaste majorité des échantillons positifs appartenaient à une souche VIH-1 du groupe B, et que très peu appartenaient à une souche VIH-1 du groupe non-B (89 % et 11 % respectivement). Toutefois, la vaste majorité (82,2 %) des personnes porteuses d'une souche VIH-1 du groupe non-B étaient classées dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique.

La concentration élevée des souches VIH-1 du groupe non-B dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique a été étayée par une étude ontarienne menée par Njihia²¹ et ses collègues. Ceux-ci ont utilisé certaines des données fournies par la DSER. Ces données étaient fondées sur des échantillons recueillis entre octobre 2003 et octobre 2004. La majorité des personnes porteuses d'une souche du groupe non-B (77,3 % des échantillons, ou 17 échantillons sur 22) entraient dans la catégorie d'exposition au VIH endémique. Les chercheurs ont également examiné la répartition des souches par région de naissance et constaté que 91,5 % des personnes séropositives pour le VIH et nées en Amérique du Nord présentaient une souche VIH-1 du groupe B, tandis que 86,7 % des personnes séropositives nées en Afrique subsaharienne étaient du groupe non-B. De toute évidence, le type de souche est lié au pays de naissance qui, lui, se rapporte au fait que les souches non-B prédominent en Afrique et dans les

autres régions du monde, à l'exception de l'Amérique du Nord, de l'Europe, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande.

Les variations de souches observées entre la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique et les autres catégories d'exposition ont plusieurs répercussions sur la prévention, le dépistage et le traitement du VIH/sida dans le système de santé publique. En raison de la fluctuation constante des divers sous-types du VIH, les responsables de la santé publique devront sans cesse s'assurer que les tests de diagnostic existants détectent tous les sous-types, y compris les diverses souches du groupe non-B. En outre, les renseignements sur les types de souches permettront d'orienter la mise au point de futurs vaccins et d'évaluer leur utilité dans le contexte canadien²².

Immigration et surveillance du VIH/sida

Le 15 janvier 2002, Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) a ajouté un test de dépistage de routine du VIH à l'examen médical réglementaire aux fins de l'immigration que doivent passer certains demandeurs, dans le cas des personnes âgées de 15 ans ou plus ainsi que des enfants qui ont reçu du sang ou des produits sanguins, dont la mère est séropositive pour le VIH ou qui sont candidats à l'adoption. Depuis son entrée en vigueur en juin 2002, la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (LIPR) stipule que l'admissibilité des demandeurs doit être évaluée sur le plan du fardeau que représenteraient leurs besoins en soins de santé. Toutefois, certains groupes sont exemptés des dispositions de la LIPR, par exemple les demandeurs d'asile et les candidats à l'immigration dans la catégorie du regroupement familial. Pour obtenir de plus amples renseignements sur cette loi, consulter le site Web de CIC (www.cic.gc.ca).

Du 15 janvier 2002 au 31 décembre 2004, 1 474 demandeurs se sont révélés séro-

positifs pour le VIH au cours de leur examen médical aux fins de l'immigration^{***}. Parmi ceux-ci :

- ♦ 918 personnes ont été cernées à la suite de dépistage effectué au Canada, et 556 personnes l'ont été hors du pays;
- ♦ 981 personnes (67 %) étaient nées en Afrique ou au Moyen-Orient, 334 (23 %) dans les Amériques, 109 (7 %) en Asie et 50 (3 %) en Europe.

Dans la plupart des provinces et des territoires, lorsqu'on procède au dépistage du VIH au Canada, les rapports de tests positifs sont traités de la même manière que ceux touchant les autres tests positifs pour le VIH et sont intégrés aux rapports provinciaux et territoriaux sur le VIH présentés au CPCMI. Les 918 rapports de tests positifs pour le VIH établis pour le Canada représentent 12 % des 7 522 tests positifs pour le VIH signalés au CPCMI au cours de la période précitée.

Estimation de l'incidence et de la prévalence du VIH/sida chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique

Les données de surveillance nationale du VIH ne portent que sur les personnes qui ont passé un test de dépistage, chez qui on a diagnostiqué une infection à VIH et dont les résultats positifs des tests ont été signalés au CPCMI. Par conséquent, ces données ne reflètent pas toute la portée de l'épidémie. On complète les données de surveillance nationale par d'autres sources de données et méthodes analytiques afin d'estimer le nombre total de gens atteints du VIH (prévalence) et le nombre de personnes nouvellement infectées (incidence).

Le CPCMI estime que le nombre de Canadiens atteints du VIH (prévalence), y compris ceux qui ont le sida, était de 56 000 (46 000 à 66 000) en 2002²³. De plus, on a

estimé que cela comprenait environ 3 700 à 5 700 cas d'infection prévalente à VIH chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique dans la catégorie d'exposition du contact hétérosexuel, ce qui représente de 7 à 10 % des infections prévalentes au Canada.

On a également estimé que, des 2 800 à 5 200 cas de nouvelles infections à VIH signalés au Canada en 2002, de 250 à 450 touchaient des personnes appartenant à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique (ce qui représente de 6 à 12 % des nouvelles infections au Canada)²³. Il importe de noter que ces nouvelles infections comprennent divers cas d'infections contractées dans le pays d'origine, de même que celles contractées au Canada. Remis et Merid¹³ ont effectué une modélisation visant à différencier les sources d'infection en Ontario, et leurs résultats laissent croire que 20 à 60 % des personnes nouvellement porteuses d'infections qui appartenaient au groupe d'exposition au VIH endémique en Ontario avaient contractées ces infections au Canada. Il faut distinguer les infections à VIH contractées à l'étranger de celles contractées au Canada afin de non seulement bien mesurer l'incidence canadienne, mais aussi de mieux orienter les programmes de prévention et de soins, notamment lorsqu'on tient compte de facteurs démographiques comme l'âge et le sexe d'une personne.

Lorsque ces estimations de l'incidence et de la prévalence nationales sont comparées aux données du recensement de 2001, on peut voir que les personnes originaires de pays où le VIH est endémique sont surreprésentées dans l'épidémie de VIH au Canada. En 2001, environ 1,5 % des Canadiens étaient nés dans un pays où le VIH est endémique³, mais ce groupe représentait environ 7 à 10 % des infections prévalentes à VIH et 6 à 12 % des nouvelles infections en 2002.

Nous le répétons, les estimations précitées ne portent que sur les personnes infectées nées dans un pays où le VIH est endémique et classées dans la catégorie d'exposition par

^{***} Correspondance avec CIC, 15 mars 2005.

contact hétérosexuel. Les personnes de ces pays qui appartiennent à d'autres catégories d'exposition ne sont pas incluses, quoique leur nombre n'est probablement pas négligeable. Par exemple, à l'aide de la modélisation mathématique, Remis et Merid¹³ ont estimé que, en 2002, 2 627 résidents de l'Ontario atteints d'une infection à VIH étaient originaires de pays où le VIH est endémique (1 366 de l'Afrique subsaharienne et 1 261 des Antilles). Cela représente 11 % des 23 563 personnes qui seraient infectées à VIH en Ontario, soit une proportion beaucoup plus élevée que l'estimation selon laquelle 2,6 % des Ontariens seraient originaires d'un pays où le VIH est endémique. En outre, Remis et Merid¹³ ont estimé qu'au moins 400 de ces 2 627 personnes infectées à VIH appartenaient à la catégorie d'exposition des HRSH.

En 1999, Adrien et ses collaborateurs²⁴ ont évalué la prévalence de l'infection à VIH parmi les Montréalais d'origine haïtienne dans le cadre d'une étude épidémiologique clinique menée auprès de 5 039 personnes âgées de 15 à 49 ans qui étaient nées en Haïti ou dont au moins un parent y était né. Dans l'ensemble, la prévalence du VIH dans cette population était de 1,3 % (1,6 % chez les hommes et 1,1 % chez les femmes), proportion qui était inférieure chez les personnes nées au Canada ou qui y habitaient depuis longtemps. Ces données montrent encore qu'il y a surreprésentation des personnes originaires de pays où le VIH est endémique dans l'épidémie du VIH au Canada.

Commentaires

Limites

Nous avons résumé ici les données de surveillance du VIH et du sida relatives aux personnes appartenant à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, à l'intérieur de la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel. Il importe de noter que, en

raison d'un certain nombre de limites précitées, les données de surveillance ne montrent pas toute l'ampleur de l'épidémie du VIH et ne représentent pas le nombre réel de gens infectés (prévalence) ni le nombre de gens nouvellement infectés au cours d'une année donnée (incidence). Ces données n'offrent aucun renseignement sur les personnes infectées qui n'ont toujours pas subi un test de dépistage ni été diagnostiquées. Le CPCMI estime qu'environ 30 % des 56 000 Canadiens qui étaient probablement infectés à la fin de 2002 ne le savaient pas²³. En outre, les données sont insuffisantes en raison du peu de déclarations, des retards au chapitre de la transmission des déclarations et du manque d'information relativement à certaines variables (surtout l'origine ethnique et la catégorie d'exposition). En se fiant à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, on n'obtient aucune information sur les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique mais qui sont classées dans une catégorie d'exposition supérieure dans la hiérarchie (p. ex. les HRSH ou les UDI). D'autres limites aux données de surveillance du VIH/sida sont précisées dans le document intitulé *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2004*²⁵.

Interprétation

Malgré les limites associées aux données de surveillance, certaines tendances liées à l'épidémie du VIH/sida se dégagent chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Les tendances observées révèlent une proportion croissante de cas déclarés du VIH et du sida attribués à ce groupe, lequel est surreprésenté dans l'épidémie du VIH au Canada. De plus, parmi les personnes particulièrement touchées, mentionnons les gens âgés de moins de 40 ans et les femmes, y compris celles en âge de procréer. La plupart des gens associés à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique se sont identifiés sur le plan ethnique comme des Noirs.

Répercussions sur le plan de la santé publique

Il importe d'améliorer les données de surveillance du VIH/sida à l'échelle nationale de façon à permettre une observation et une classification plus précises des tendances liées au VIH chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, ce qui donnerait lieu à de meilleures données visant à orienter les programmes de prévention et de soins destinés à ce groupe. Pour ce faire, le CPCMI s'efforce de collaborer plus étroitement avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les intervenants communautaires en vue notamment d'améliorer la qualité de l'information relative aux catégories d'exposition et à l'appartenance ethnique pour les personnes nées dans des pays où le VIH est endémique. Nous devons également entreprendre d'autres recherches dans ce domaine afin de mieux comprendre les raisons des tendances observées et de trouver les meilleurs moyens d'y faire face. Des données de surveillance et de recherche plus complètes permettraient aux décideurs, aux agents de santé publique et aux membres de la collectivité d'élaborer, d'offrir et de soutenir conjointement des services de prévention, d'éducation et de soutien adaptés aux cultures de ce groupe dans toutes les régions du Canada.

Bibliographie

1. OMS. Le point sur l'épidémie de VIH/SIDA dans le monde, fin 2004. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*. 2004;79:441-452.
2. ONUSIDA. Un aperçu mondial de l'épidémie de SIDA. *Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA : Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*, ch. 2. Décembre 2004.
3. Statistique Canada. Portrait ethno-culturel du Canada : une mosaïque en évolution. *Recensement de 2001 : série « analyses »*. 21 janvier 2003.
4. Groupe de travail sur le VIH endémique (GTVE). *Stratégie en vue de répondre*

aux problèmes reliés au VIH vécus par les gens vivant en Ontario et originaires de pays où le VIH est endémique. Décembre 2003.

5. Groupe de travail sur le VIH endémique (GTVE). *Compte-rendu de la tribune communautaire « Pour nous, par nous, et ça nous concerne! » : une occasion pour les communautés africaines et caribéennes de s'attaquer à la stigmatisation et au déni associés au VIH/sida*. Novembre 2001.
6. Coalition interagence sida et développement. Le VIH/sida et les communautés africaines et caraïbéennes au Canada. Site Web http://www.icad-cisd.com/pdf/publications/f_afr_carr.pdf, en date du 20 juillet 2005.
7. Tharao E, Massaquoi N, Teclom S. Executive Summary: Silent Voices of the AIDS Epidemic: African and Caribbean Women in Toronto [Executive Summary]. Site Web <http://www.whiwh.com/Research/Silentvoicesexecutivesummary.doc>, en date du 20 juillet 2005.
8. Tharao E, Massaquoi N. Black Women and HIV/AIDS: Contextualizing their realities, their silence and proposing solutions. *Canadian Women's Studies*. 2000;21.
9. Hyman I. Immigration et santé. Santé Canada, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse (DRAA). Site Web http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rps/wp-dt/2001-0105-immigration/index_f.html, en date du 20 juillet 2005.
10. Tharao E, Calzavara L, Myers T. What Service Providers Need to Know to Provide Effective HIV/AIDS Programs and Services for African Immigrants in Canada: Findings from the East African HIV/AIDS Study. *Conférence internationale sur le sida*. 2000;13 [résumé n° MoPpD1051].
11. Calzavara L, Tharao E, Myers T. *HIV/AIDS in East African Communities Living in Toronto: Results of a Feasibility Study, Final Report*. Toronto. Université de Toronto, Faculté de médecine, Unité

- des études comportementales et épidémiologiques. 2000.
12. Agence de santé publique du Canada. Déclaration de l'origine ethnique des cas de sida et d'infection à VIH au Canada : les communautés autochtones et noires requièrent plus d'attention. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*. Agence de santé publique du Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques. Mai 2005.
 13. Remis RS, Merid MF. *The HIV/AIDS Epidemic Among Persons From HIV-Endemic Countries in Ontario: Update to December 2002*. 8 juin 2004.
 14. Del Amo et coll. Monitoring HIV/AIDS in Europe's migrant communities and ethnic minorities. *AIDS*. 2004; 18:1867-1873.
 15. Hamers F, Downs A. The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*. 2004; 364:83-94.
 16. Sinka K, Mortimer J, Evans B, Morgan D. Impact of the HIV epidemic in sub-Saharan Africa on the pattern of HIV in the UK. *AIDS*. 2003;17:1683-1690.
 17. Fenton KA et coll. HIV testing and high risk sexual behavior among London's migrant African communities: A participatory research study. *Sex Transm Infect*. 2003;78:241-245.
 18. Agence de santé publique du Canada. Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada. Survol environnemental. Site Web http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/vih_sida/initiative_federale/orientations/scvs/1.2.html
 19. Agence de santé publique du Canada. Transmission périnatale du VIH. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*. Agence de santé publique du Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques. Mai 2005.
 20. Agence de santé publique du Canada. *Les souches VIH-1 et la pharmacorésistance primaire au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 mars 2004*. Agence de santé publique du Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques. 2005.
 21. Njihia J, Remis R, Swantee C, Simhon A, Sandstrom P, Jayaraman GC, Archibald C. Distribution of HIV status among persons newly diagnosed with HIV in Ontario, 2003-2004. *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale*. 2005;16 Suppl A:67A.
 22. Agence de santé publique du Canada. *La surveillance des souches de VIH-1 au Canada*. Agence de santé publique du Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques. 2005.
 23. Geduld J, Gatali M, Remis RS, Archibald CP. Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2002. *RMTC*. 2003;29:197-206.
 24. Adrien A, Leane V, Remis RS, Boivin J-F, Rud E, Duperval R, Noel GE. Migration and HIV: An epidemiological study of Montrealers of Haitian origin. *International Journal of STD & AIDS*. 1999;10:237-242.
 25. Agence de santé publique du Canada. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2004*. Agence de santé publique du Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques. 2005.

ANNEXE A

LISTE DES PAYS OÙ LE VIH EST ENDÉMIQUE

Antilles :	
Anguilla	Îles Turks et Caicos
Antigua-et-Barbuda	Îles Vierges américaines
Antilles néerlandaises	Îles Vierges britanniques
Bahamas	Jamaïque
Barbade	Martinique
Bermudes	Montserrat
Dominique	République dominicaine
Grenade	Saint-Kitts-et-Nevis
Guadeloupe	Saint-Vincent-et-les-Grenadines
Haïti	Sainte-Lucie
Îles Caïmans	Trinité-et-Tobago
Amérique du Sud : Guyane française	
Afrique :	
Angola	Malawi
Bénin	Mali
Botswana	Mozambique
Burkina Faso	Namibie
Burundi	Niger
Cameroun	Nigéria
Cap-Vert	Ouganda
Congo	République centrafricaine
Côte d'Ivoire	Rwanda
Éthiopie	Sénégal
Gabon	Sierra Leone
Gambie	Somalie
Ghana	Soudan
Guinée	Swaziland
Guinée-Bissau	Tanzanie
Guinée équatoriale	Tchad
Kenya	Togo
Lesotho	Zaïre
Libéria	Zambie
Madagascar	Zimbabwe

ANNEXE B

HIÉRARCHIE DES CATÉGORIES D'EXPOSITION

Hiérarchie des catégories d'exposition

Les cas d'infection à VIH et de sida sont classés dans une seule catégorie d'exposition selon une hiérarchie des facteurs de risque. Lorsque plus d'un facteur de risque est signalé, le cas est classé selon la catégorie d'exposition qui figure en premier (ou le plus haut) dans la hiérarchie. Par exemple, un utilisateur de drogues injectables (UDI) peut également être à risque d'infection à VIH à cause de ses activités hétérosexuelles. L'injection de drogue est considérée comme l'activité la plus risquée même si cette personne peut également être à risque d'infection à VIH en raison de ses activités sexuelles. La seule exception est celle des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HRSH) et qui se sont également injecté des drogues. Ces cas sont classés dans la catégorie d'exposition combinée HRSH/UDI.

Catégories d'exposition

Les catégories d'exposition sont définies de la manière suivante :

HRSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, que ces relations soient homosexuelles ou bisexuelles.

HRSH/UDI : hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et qui sont utilisateurs de drogues injectables.

UDI : utilisateurs de drogues injectables.

Sang ou produits sanguins

a) **Receveur de sang et de facteurs de coagulation** : Avant 1998, il était impossible de subdiviser cette catégorie d'exposition. Cependant, on a distingué

les sous-catégories b et c, dans la mesure du possible.

- b) **Receveur de sang** : Personne qui a reçu une transfusion de sang total 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 de bassins de concentrés de facteurs de coagulation VIII ou IX pour le traitement de l'hémophilie ou d'une autre coagulopathie.

Contact hétérosexuel

- a) **Originaire d'un pays où le VIH est endémique et contact hétérosexuel avec une personne à risque** : Avant 1998, il n'était pas toujours possible de subdiviser cette catégorie d'exposition. Cependant, on a distingué les sous-catégories b et c, dans la mesure du possible.
- b) **Originaire d'un pays où le VIH est endémique** : Personne née dans un pays où le VIH est endémique (c.-à-d. un pays où les contacts hétérosexuels sont le mode de transmission prédominant).
- c) **Contact hétérosexuel avec une personne à risque** : Personne déclarant des contacts hétérosexuels avec une personne qui est infectée à VIH ou à risque accru d'infection à VIH (p. ex. un utilisateur de drogues injectables, un homme bisexuel ou une personne originaire d'un pays où le VIH est endémique).
- d) **Aucun risque signalé – hétérosexuel (ARS-HET)** : Personne dont les contacts hétérosexuels sont le seul facteur de risque signalé, et dont on ne sait rien des facteurs de risque du partenaire hétérosexuel.

Exposition professionnelle : Exposition à du sang ou à des liquides organiques contaminés par le VIH ou au virus concentré dans un milieu professionnel. Cette catégorie ne comprend que les cas de sida déclarés et non les cas d'exposition professionnelle déclarés positifs aux tests pour le VIH, qui sont classés dans la catégorie « Autres ».

Transmission périnatale : Transmission du VIH d'une mère infectée à son enfant *in utero*, durant l'accouchement ou par l'allaitement maternel.

Autres : Cas dont le mode de transmission du VIH est connu mais qui ne peuvent être classés dans aucune des grandes catégories d'exposition présentées ici – par exemple, une femme qui a reçu du sperme d'un donneur séropositif.

Aucun risque signalé (ARS) : Antécédents d'exposition au VIH par l'une des voies énumérées inconnus, ou aucun antécédent 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, qu'elles ont refusé d'être inter-

rogées ou qu'elles n'ont pas eu de suivi, et les personnes incapables d'identifier la voie de transmission possible.

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, et non pas pour les cas de sida déclarés.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec :

Division de la surveillance et de l'évaluation
des risque
Centre de prévention et de contrôle des
maladies infectieuses
Agence de santé publique du Canada
Pré Tunney's
Postal Locator 0602B
Ottawa, ON K1A 0K9
Tel: (613) 954-5169
Fax: (613) 957-2842
www.phac-aspc.gc.ca/pphb-dgspsp/hast-vsmt/