3

VIH/sida *Actualités en épidémiologie*
Agence de la santé publique du Canada

www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/ JUILLET 2010

Systèmes de surveillance et tests de dépistage du VIH au Canada

Points saillants

- Des tests nominatifs, non nominatifs et anonymes de dépistage du VIH sont disponibles au Canada.
- La déclaration de l'infection à VIH est obligatoire dans tous les provinces et territoires du Canada.
- Deux types de surveillance de la tendance du VIH au Canada : le cas des la déclaration systèmatique du VIH/SIDA, et la surveillance de la deuxième génération des populations ciblées.

Introduction

La surveillance est un élément crucial de la lutte coordonnée contre le VIH et le sida. Elle permet de mieux comprendre et de déceler les tendances relatives à l'épidémie, ce qui, par la suite, permet d'orienter les interventions en matière de prévention, de traitement et de soins et d'accroître leur efficacité. Les activités de surveillance permettent également au Canada de continuer à produire régulièrement des rapports sur l'évolution de la situation au pays en ce qui a trait aux indicateurs relatifs au VIH et au sida, ce qui est une obligation pour tous les pays membres qui ont signé la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* de l'Organisation des Nations Unies en 2001.

Le présent chapitre des *Actualités en épidémiologie* offre un aperçu des systèmes de surveillance systématique et de surveillance améliorée du VIH et du sida, qui ont été mis en place au Canada. Il inclut également de l'information sur les types de tests de dépistage du VIH offerts dans l'ensemble du pays ainsi que les différentes méthodes de collecte de données et de déclaration.

Dépistage du VIH au Canada

Il est important d'obtenir de l'information sur les habitudes en matière de dépistage du VIH chez la population générale ainsi que sur le profil des personnes ayant passé le test de dépistage afin de concevoir et de cibler les programmes d'intervention[1]. En 2006, une enquête réalisée auprès de 2 036 Canadiens de plus de 15 ans au sein de la population générale a révélé que 32 % des répondants avaient déjà passé un test de dépistage du VIH, ce qui correspond à une légère augmentation par rapport au taux de 27 % enregistré en 2003[2].

Les Canadiens qui décident de passer un test de dépistage du VIH peuvent choisir entre trois options selon la province ou le territoire où est effectué le test : **nominatif, non nominatif** ou **anonyme**. Actuellement, les tests nominatifs et non nominatifs de dépistage du VIH sont largement accessibles au Canada; cependant, le dépistage anonyme du VIH n'est offert que dans sept provinces.

Dépistage nominatif du VIH

- Il peut être effectué dans de nombreux endroits, notamment dans les cliniques et les cabinets des professionnels de la santé.
- Le professionnel de la santé qui fait faire le test connaît l'identité* de la personne qui subit le test.
- Le nom de la personne faisant l'objet du test figure sur la demande de test de dépistage du VIH.
- On recueille des données sur le patient, comme l'âge, le sexe, la ville de résidence, le nom du professionnel de la santé traitant, le pays de naissance, l'origine ethnique, ainsi que des renseignements qui décrivent les facteurs de risque liés au VIH de la personne faisant l'objet du test et des données de laboratoire. La quantité d'information recueillie varie selon la province ou le territoire.
- Si le résultat du test de dépistage du VIH est positif, le professionnel de la santé qui a fait faire le test est tenu par la loi d'en aviser les responsables de la santé publique (de sa province ou de son territoire).
- Le résultat du test est consigné dans le dossier médical de la personne ayant fait l'objet du test.

Dépistage du VIH non nominatif

- Ces tests sont semblables aux tests nominatifs à une exception près : le professionnel de la santé qui fait faire le test utilise un code ou les initiales de la personne faisant l'objet du test sur la demande (et non le nom partiel ou complet).

Dépistage anonyme

- Il est habituellement offert dans des cliniques spécialisées, organisées et financées par des services de santé publique et chez certains professionnels de la santé.
- Le professionnel de la santé qui fait faire le test de dépistage du VIH ne connaît pas l'identité de la personne faisant l'objet du test.
- Un code est indiqué sur la demande de test de dépistage du VIH. Ni le professionnel de la santé qui fait faire le test de dépistage du VIH, ni le laboratoire qui teste l'échantillon de sang ne savent à qui renvoie le code.
- Des renseignements tels que l'âge, le sexe, les facteurs de risque liés au VIH et l'origine ethnique de la personne faisant l'objet du test pourraient être recueillis durant le dépistage anonyme, selon la province ou le territoire où le test est demandé ou selon le lieu où le test est effectué.
- Le résultat du test n'est pas consigné dans le dossier médical de la personne ayant fait l'objet du test. C'est cette dernière seulement qui peut décider par la suite de dévoiler son nom et de verser le résultat du test de dépistage du VIH à son dossier.

Le tableau 1 fournit de l'information sur les différents types de tests de dépistage du VIH offerts et les méthodes de déclaration des cas d'infection à VIH dans chaque province et territoire.

La disponibilité d'un test anonyme de dépistage du VIH peut favoriser le recours au test de dépistage

Comme le dépistage anonyme du VIH (DAV) assure une confidentialité complète des renseignements recueillis, un plus grand nombre de personnes pourraient être incitées à passer un test de dépistage du VIH et à demander des services de counselling[3]. Plusieurs études menées aux États-Unis ont montré que les programmes de DAV encouragent la population à passer un test de dépistage du VIH, en particulier les personnes qui présentent un risque élevé ou celles qui ne demanderaient pas volontairement de passer un test de dépistage nominatif ou non nominatif[4-6]. En Ontario, entre 1992 et la fin de 2007, plus de 160 000 tests de dépistage du VIH ont été effectués de façon anonyme. Cela représente 3,3 % de tous les tests effectués dans cette province durant cette période[7].

* Dans de rares cas, l'identité véritable de la personne faisant l'objet du test de dépistage du VIH peut ne pas être connue.

Tableau 1. Types de tests de dépistage du VIH et méthodes de déclaration des cas d'infection à VIH par province et territoire

Province/territoire	Type de tests de dépistage du VIH offerts	Année où la déclaration de l'infection à VIH est devenue obligatoire	Responsabilité de la déclaration des cas d'infection à VIH
Colombie-Britannique	N, NN*	2003	L, M**
Yukon	N, NN	1995	L, M, IA
Territoires du Nord-Ouest	N, NN	1988	L, M, IA
Nunavut	N, NN	1999	L, M, IA
Alberta	N, NN, A†	1998	L, M, IP
Saskatchewan	N, NN, A	1984	L, M, IA
Manitoba	N, NN, A	1985	L, M
Ontario	N, NN, A	1985	L, M, IA, SF
Québec	N, NN, A	2002	L, M
Nouveau-Brunswick	N, NN, A	1985	L, M, IA
Nouvelle-Écosse	N, NN, A	1985	L, M
Île-du-Prince-Édouard	N, NN	1988	L, M, IA
Terre-Neuve-et-Labrador	N, NN, A†	1987	L, M, IA

N : nominatif; NN : non nominatif; L : laboratoire; M : médecin; IA : infirmière autorisée; IP : infirmière practicienne A : anonyme; SF : sage-femme

* En C.-B., le suivi et les rapports des tests non nominatifs sont semblables à ceux des tests nominatifs. Si une personne passe un test non nominatif, son nom demeure dans le système non nominatif.

** En C.-B., tous les résultats positifs sont déclarés au HIV Surveillance/British Columbia Centre for Disease Control; ce centre fait ensuite rapport des premiers cas positifs à des infirmières désignées de la région de prestation des services de santé où le test a été demandé.

† Si une personne a obtenu un résultat positif au test anonyme de dépistage du VIH, son résultat est intégré au système nominatif dans lequel le counselling, les soins de suivi et la déclaration des données sur l'infection à VIH sont tous effectués de façon nominative.

Tableau 2. Information relative au dépistage anonyme du VIH (DAV) par province/territoire

Province/territoire	Année où le DAV a été offert	Endroits où le DAV est offert	Données sur le DAV déclarées au
Columbie-Britannique	s.o.	s.o.	s.o.
Yukon	s.o.	s.o.	s.o.
Territoires du Nord-Ouest	s.o.	s.o.	s.o.
Nunavut	s.o.	s.o.	s.o.
Alberta	1992	3	oui*
Saskatchewan	1993	3**	non
Manitoba	2007	2	oui
Ontario	1992	50	oui
Québec	1987	60+	non
Nouveau-Brunswick	1998	7†	oui
Nouvelle-Écosse	1994	3	non
Île-du-Prince-Édouard	s.o.	s.o.	s.o.
Terre-Neuve-et-Labrador††	s.o.	12	oui*

CLMTI : Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections

* Si une personne a obtenu un résultat positif au test anonyme de dépistage du VIH, son nom est intégré au système nominatif dans lequel le counselling, les soins de suivi et la déclaration des données sur l'infection à VIH sont tous effectués de façon nominative.

** Le DAV est également offert sur demande dans d'autres cliniques de santé sexuelle.

† Il existe également d'autres centres de dépistage dans les établissements correctionnels fédéraux et provinciaux.

†† Le DAV est offert sur demande, mais ne fait pas partie des lignes directrices officielles de la province.

L'infection à VIH est une maladie à déclaration obligatoire partout au Canada

Depuis 2003, les résultats positifs pour le VIH et les cas de sida diagnostiqués doivent être déclarés* dans l'ensemble des provinces et des territoires canadiens. La plupart du temps, lorsque des tests sont effectués, c'est aux laboratoires et aux médecins qu'il incombe de déclarer les cas d'infection à VIH, mais les pratiques varient d'une province ou d'un territoire à l'autre. Lorsqu'une personne reçoit un résultat positif au test de dépistage du VIH pour la première fois, des renseignements nominatifs ou non nominatifs sont transmis aux responsables provinciaux ou territoriaux de la santé publique. Ces renseignements incluent des données démographiques telles que l'âge et le sexe de la personne, les risques associés à la transmission du VIH et des données de laboratoire comme la date du premier test positif chez la personne. Bien qu'il ne soit pas requis par la loi de déclarer les cas d'infection à VIH à l'échelle nationale, toutes les provinces et tous les territoires les signalent volontairement à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les résultats positifs au test de dépistage du VIH et les cas de sida sont déclarés à l'ASPC de manière non nominative, ce qui facilite la production de rapports à l'échelle nationale concernant la situation de l'épidémie de l'infection à VIH/sida au Canada.

Surveillance du VIH

Il existe deux types de systèmes de surveillance du VIH au Canada. La surveillance systématique des cas d'infection à VIH et de sida, également connue sous le nom de surveillance de première génération, consiste à recueillir des rapports de cas d'infection à VIH et des cas de sida diagnostiqués. La surveillance améliorée, également connue sous le nom de surveillance de seconde génération, consiste à recueillir de l'information sur les comportements tels que ceux concernant les rapports sexuels, l'usage de drogues par injection et le dépistage chez un groupe cible de personnes, en plus de l'information relative à l'état infectieux de chaque personne.

* Une maladie à déclaration obligatoire est une maladie jugée à ce point importante du point de vue de la santé publique que sa survenue doit être déclarée aux autorités en matière de santé publique. (Les expressions « à notification obligatoire » et « à déclaration obligatoire » sont utilisées de manière interchangeable lorsqu'on aborde la question de la déclaration de l'infection à VIH et du sida au Canada.)

Surveillance systématique du VIH et du sida

Déclaration des cas et limites

On a déclaré à l'ASPC 21 300 cas de sida entre 1979 et le 31 décembre 2008 et 67 442 résultats positifs au test de dépistage du VIH entre 1985 et la fin de décembre 2008[8]. Les résultats positifs au test de dépistage du VIH déclarés à l'ASPC concernent des personnes qui ont obtenu un résultat positif à un test de dépistage nominatif, non nominatif ou anonyme dans une province ou un territoire et dont les résultats sont communiqués à l'ASPC par les autorités sanitaires ou le laboratoire de dépistage du VIH de leur province ou territoire. Un rapport de cas de sida est rédigé lorsqu'une personne reçoit un diagnostic de sida pour la première fois de la part d'un professionnel de la santé. Pour ce qui est des rapports contenant les résultats positifs au test de dépistage du VIH et les diagnostics de sida, les données envoyées à l'ASPC ne sont pas associées à des noms et ne comportent pas d'information sur les cas individuels.

Il importe de mentionner que la surveillance systématique comporte des limites considérables, la plus importante étant qu'il est uniquement possible de prendre en compte les personnes qui ont passé un test de dépistage du VIH ou qui ont reçu un diagnostic de sida. Par conséquent, les données indiquées dans le présent document ne tiennent pas compte des personnes qui vivent avec le VIH/sida et qui l'ignorent. Les autres limites de ce type de surveillance incluent la sous-déclaration des cas, la déclaration tardive des cas, la déclaration possible de cas en double et la déclaration de l'origine ethnique; on essaie toutefois de réduire le plus possible ces limitations, et l'on fait preuve de prudence au moment d'interpréter les données.

Hiérarchie des catégories d'exposition

Les cas d'infection à VIH et de sida sont classés dans une seule catégorie d'exposition en fonction de la hiérarchie des facteurs de risque. Si plus d'un facteur de risque est signalé, le cas est classé selon la catégorie d'exposition indiquée en premier (ou le plus haut) dans la hiérarchie. Par exemple, les utilisateurs de drogues par injection (UDI) peuvent également présenter un risque d'infection à VIH en raison de leurs activités sexuelles hétérosexuelles. L'usage de drogues par injection est accepté en tant qu'activité comportant un risque plus élevé, bien que les activités sexuelles puissent également constituer un risque d'infection à VIH. La seule exception relative à cette hiérarchie concerne les hommes qui déclarent avoir des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH) et qui consomment également des drogues par injection. Ces cas sont classés dans la catégorie d'exposition combinée HRSH-UDI. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les différentes catégories d'exposition, prière de consulter les rapports de surveillance du VIH/sida de l'ASPC (accessibles à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index-fra.php).

Commentaires

Une plus grande accessibilité aux différents types de dépistage du VIH pourrait permettre aux personnes de choisir le cadre dans lequel elles se sentent le plus à l'aise pour passer un test de dépistage et recevoir des services de counselling, ce qui devrait inciter un plus grand nombre de personnes à passer un test et contribuer à cibler les programmes d'intervention et de traitement. L'ASPC travaille actuellement à élaborer des lignes directrices détaillées concernant le dépistage du VIH au Canada qui guideront les stratégies de planification des tests visant à accroître les possibilités de dépistage du VIH chez les personnes présentant un risque de contracter l'infection à VIH. La collecte de données sur les tests positifs pour le VIH et les cas de sida diagnostiqués à l'échelle provinciale et nationale permet de surveiller l'épidémie au Canada, ce qui contribue à orienter les programmes et les politiques. Cependant, bien que la surveillance systématique fournisse des données sur les catégories d'exposition au VIH, elle ne fournit aucune information sur des comportements précis qui font courir un risque à ces groupes.

Surveillance biologique et surveillance des comportements

Contexte

L'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* a permis de déceler le besoin d'élaborer des stratégies distinctes pour lutter contre l'épidémie touchant des populations particulières au Canada. Celles-ci incluent, entre autres, les utilisateurs de drogues injectables, les hommes homosexuels, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les autres, les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, les femmes, les jeunes, les Autochtones, les détenus et les personnes vivant avec le VIH/sida.

Conformément aux stratégies recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé et dans le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ainsi que dans le cadre de l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*, l'ASPC surveille les tendances relatives à la prévalence de l'infection à VIH et aux comportements à risque associés au VIH chez des populations particulières du Canada ciblées par les systèmes de surveillance du VIH de seconde génération. Ces systèmes de surveillance sont connus sous le nom

de systèmes « Track ». À ce jour, l'ASPC a élaboré et mis en œuvre des systèmes de surveillance du VIH de seconde génération qui ciblent les UDI ainsi que les hommes homosexuels ou bisexuels et les autres HRSH. Ces systèmes sont respectivement appelés « système I-Track » et « système M-Track ». Le projet E-Track, qui cible les personnes originaires de pays où le VIH est endémique* ou celles provenant de populations ethnoculturelles particulières, a été mis en œuvre avec succès au Québec, et l'élaboration de ce projet se poursuit. Deux autres systèmes « Track » sont en cours d'élaboration : le système A-Track, qui cible les Autochtones, et le système P-Track, qui cible les personnes infectées par le VIH.

Les objectifs globaux des systèmes I-Track, M-Track, E-Track et A-Track sont de décrire l'évolution de la prévalence des infections à VIH et possiblement de l'incidence des infections à VIH, ainsi que les comportements à risque et les habitudes en matière de dépistage de l'infection à VIH, de l'hépatite C et d'autres infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) dans chaque population respective. Le système P-Track aura pour but de surveiller les tendances en ce qui concerne l'accès aux services de soins et de traitement et l'utilisation de ces services.

Méthodes

Les systèmes Track permettent de surveiller le VIH et les comportements à risque associés au VIH au Canada en combinant la surveillance des comportements et la surveillance biologique. Pour ce faire, des enquêtes transversales sont menées périodiquement dans des centres urbains ou semi-urbains du Canada. Des protocoles et des questionnaires généraux conçus pour répondre aux besoins définis à l'échelle nationale, provinciale et locale sont élaborés en consultation avec des experts du domaine et les populations d'intérêt. À l'échelle nationale, les résultats permettent de définir des indicateurs nationaux et de produire des rapports sur les indicateurs internationaux. Les protocoles et les questionnaires sont examinés par les comités d'éthique de la recherche de Santé Canada et de l'ASPC ainsi que par les comités d'éthique de la recherche de chaque centre.

Les participants sont principalement recrutés à l'aide de méthodes d'échantillonnage selon le lieu. La participation est volontaire, totalement anonyme, et requiert le consentement éclairé des sujets. La participation des répondants est limitée à une fois par édition d'enquête et ce, dans tous les sites sentinelles de surveillance. Un questionnaire de base autoadministré ou dirigé par un intervieweur permet de recueillir de l'information sur les caractéristiques démographiques, sur les comportements sexuels, sur la consommation de drogues, sur le dépistage de l'infection à VIH, de l'hépatite et d'autres ITSS, et sur les points de vue concernant le VIH. Les sites sentinelles ont la possibilité d'ajouter d'autres questions pour répondre aux besoins locaux. Un échantillon biologique, qu'il s'agisse d'un échantillon sanguin par piqûre du doigt ou d'un échantillon de salive, est prélevé; ces échantillons sont analysés pour déceler la présence d'anticorps anti-VIH ou anti-VHC. Selon les priorités du site sentinelle, la disponibilité des échantillons et la validité des tests, les échantillons peuvent aussi être analysés pour déceler la syphilis et d'autres ITSS.

La planification et la mise en œuvre des enquêtes Track se font en partenariat avec les chercheurs des sites, les équipes locales d'étude (composées de représentants des autorités provinciales et locales en matière de santé publique), les comités consultatifs communautaires et divers autres intervenants.

I-Track

I-Track est le système national de surveillance du VIH de seconde génération qui cible les UDI. Ce système tire parti d'études menées au Canada et a été élaboré pour répondre au besoin d'une démarche cohérente en matière de collecte de données sur les comportements à risque dans l'ensemble du Canada. Les personnes qui se sont injecté des drogues durant les six derniers mois et qui ont l'âge limite de consentement pour la province ou le territoire donné (l'âge varie selon l'endroit en fonction des considérations éthiques de la province ou du territoire) peuvent participer à I-Track.

La phase pilote d'I-Track a été menée d'octobre 2002 à août 2003 dans divers centres urbains et semi-urbains du Canada (Regina, Sudbury, Toronto, Victoria et le réseau SurvUDI [province de Québec et ville d'Ottawa])[9]. La phase pilote a démontré la faisabilité du système de surveillance sentinelle et a également permis l'amorce de la phase I d'I-Track. La phase 1 a été réalisée dans sept centres (Regina, Sudbury, Toronto, Victoria, le réseau SurvUDI, Winnipeg et Edmonton) entre octobre 2003 et mai 2005[10]. La phase 2 a été réalisée dans dix centres entre 2005 et 2008 (Regina, Sudbury, Toronto, Victoria, Vancouver Northern and Central Interior Islands, Prince George, le réseau SurvUDI, Kingston, Thunder Bay et Edmonton). La mise en œuvre de la phase à commencé en avril 2010.

* La liste des pays où le VIH est endémique se trouve à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi-1205/app_a-fra.php.

Certaines des conclusions tirées de la phase I de l'enquête I-Track sont présentées dans le chapitre des *Actualités épidémiologiques* intitulé « L'infection à VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada ».

M-Track

M-Track est le système national de surveillance du VIH de deuxième génération qui fait la surveillance du VIH et les comportements à risque connexes parmi les hommes homosexuels, les hommes bisexuels et les autres hommes qui on des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada. Les hommes qui ont déjà eu des relations sexuelles avec d'autres hommes et qui ont l'âge limite de consentement pour la province ou le territoire donné (l'âge varie selon l'endroit en fonction des considérations éthiques de la province ou du territoire) peuvent participer à M-Track.

Ce système a tout d'abord été mis en œuvre à Montréal en 2005. Entre 2006 et 2007, quatre autres sites se sont ajoutés au système : Toronto, Ottawa, Winnipeg et Victoria. Plus de 4 500 hommes ont participé à M-Track entre 2005 et 2007 (Phase 1). En 2008, Vancouver a été le dernier site à mettre en œuvre le système M-Track, ce qui porte à six le nombre total de centres canadiens participant à M-Track en 2009.

Certaines des conclusions tirées de la phase 1 de l'enquête M-Track sont présentées dans le chapitre des *Actualités épidémiologiques* intitulé « L'infection à VIH/sida chez les hommes homosexuels, bisexuels et ceux qui ont des relations avec d'autres hommes au Canada ».

Points forts et limites

Les résultats obtenus par les systèmes de surveillance Track sont recueillis par les sites sentinelles et donnent une perspective importante des comportements à risque chez des populations particulières à risque à l'échelle nationale. Les données des systèmes Track sont recueillies au moyen d'enquêtes transversales, et bien qu'il soit impossible d'examiner directement la causalité, ces données de surveillance offrent une source précieuse d'information, essentielle aux programmes de services et de prévention à l'échelle nationale, provinciale et locale. De plus, en raison de la taille relativement grande des échantillons des enquêtes, l'efficacité statistique adéquate obtenue permet d'examiner les comportements à risque et les facteurs connexes.

Les enquêtes Track utilisent principalement des méthodes d'échantillonnage selon le lieu pour surmonter certaines difficultés liées au fait que les populations ciblées sont difficiles à joindre. Compte tenu des méthodes utilisées, les conclusions en matière de surveillance peuvent ne pas être représentatives de l'ensemble de la population canadienne ciblée (p. ex. les conclusions d'I-Track et de M-Track ne sont pas représentatives de *tous* les UDI et HRSH au Canada). La sous-déclaration de certains comportements à risque est possible en raison des biais liés à la désirabilité sociale.

Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance à l'échelle nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires aux activités de surveillance et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. L'Agence de la santé publique du Canada remercie les coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre le VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les dispensateurs de soins de santé et les médecins déclarants d'avoir communiqué des données non nominales, confidentielles aux fins de la surveillance nationale.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Division de la surveillance et de l'évaluation des risques

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles
et les infections
Agence de la santé publique du Canada
Pré Tunney
Indice de l'adresse : 0602B
Ottawa (Ont.) K1A 0K9
Tél. : 613-954-5169
Fax : 613-957-2842
www.phac-aspc.gc.ca

Mission

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

Agence de la santé publique du Canada

Références

1. Houston S, Archibald CP, Strike C, Sutherland D. Factors associated with HIV testing among Canadians: results of a population-based survey. *Int J STD AIDS* 1998;9(6):341-6.
2. Associés de recherche Ekos. *Sondage de suivi de 2006 sur les attitudes touchant le VIH/sida*, Rapport Finale, Ekos, 2006.
3. Jürgens R, Palles M. *Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et la Société canadienne du sida, 1997.
4. Kegeles SM, Catania JA, Coates TJ, Pollack LM, Lo B. Many people who seek anonymous HIV-antibody testing would avoid it under other circumstances. *AIDS* 1990;4(6):585-8.
5. Hoxworth T, Hoffman R, Cohn D, Davidson A. Anonymous HIV testing: Does it attract clients who would not seek confidential testing? *AIDS Public Policy J* 1994;9(4):182-9.
6. Hertz-Picciotto I, Lee WL, Hoyo C. HIV test-seeking before and after restriction of anonymous testing in North Carolina. *Am J Public Health* 1996;86(10):1446-50.
7. Remis RS, Swantee C, Liu J. Report on HIV/AIDS in Ontario 2007. Toronto, ON: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2009.
8. Agence de la santé publique du Canada. Le *VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2008*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risque, Centre de la lutte contres les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2009.
9. Choudhri Y, Lydon-Hassen K, Henninck M, Millson P, Roy E, Stanwick R, Archibald CP and the I-Track Study Team. Injecting and sexual risk behaviours among injecting drug users in Canada: results of the I-Track pilot survey. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2004;15:SA(Abstract 304).
10. Agence de la santé publique du Canada. *Enquêtes I-Track : Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, Rapport sur la phase 1 (2003-2005). Ottawa: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada, Aout 2006.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2010

Cat. : HP40-56/4-2010F-PDF
ISBN : 978-1-100-96022-7