



**Société
canadienne
du sang**

SANG
PLASMA
CELLULES SOUCHES
ORGANES
ET TISSUS

Rapport sur la séroprévalence de la COVID-19

Rapport sur la séroprévalence de la COVID-19

Le 3 août 2022

Rapport n° 23 : Enquête de juin 2022

L'avancée d'Omicron

Résumé

Juin 2022

1^{er} au 30 juin 2022 (n=32 121)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

•Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.

•La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 100,00 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00) (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.

•Les concentrations d'anticorps anti-S étaient élevées en septembre 2021, mais ont diminué graduellement. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. En février 2022, les concentrations avaient augmenté dans toutes les tranches d'âge, probablement en raison de l'administration des troisièmes doses. Une augmentation de la concentration chez les personnes de plus de 60 ans a été observée en mai et s'est poursuivie en juin, en accord avec l'administration d'une quatrième dose.

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

•En juin, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 50,7 % (IC à 95 %, 50,15 – 51,26) et est donc plus élevée qu'en mai 2022 (46,32 % [IC à 95 %, 45,77 – 46,87]; $P < 0,0001$). L'évolution a été minime d'une semaine à l'autre au cours de ce mois, passant de 50,47 % (IC à 95 %, 49,32 – 51,63) à 51,07 % (IC à 95 %, 50,04 – 52,10), puis à 50,26 % (IC à 95 %, 49,25 – 51,27) et à 50,76 % (IC à 95 %, 49,58 – 51,94).

•Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (66,29 % [IC à 95 %, 64,81 – 67,77]) de toutes les tranches d'âge. Cependant, la séroprévalence a augmenté dans toutes les tranches d'âge par rapport au mois de mai.

•En juin, la séroprévalence a augmenté dans toutes les provinces par rapport au mois de mai.

•Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (58,03 % [IC à 95 %, 56,79 – 59,27]) que les donneurs blancs (49,01 % [IC à 95 %, 48,38 – 49,65]).

Mai 2022

1^{er} au 31 mai 2022 (n=31 764)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

•Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.

•La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 100,00 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00) (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.

•Les concentrations d'anticorps anti-S étaient élevées en septembre 2021, mais ont diminué graduellement. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. En février 2022, les concentrations avaient augmenté dans toutes les tranches d'âge, probablement en raison de l'administration des troisièmes doses. Une augmentation de la concentration chez les personnes de plus de 60 ans a été observée en mai.

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

•En mai 2022, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 46,32 % (IC à 95 %, 45,77 – 46,87) et est donc plus élevée qu'en avril 2022 (36,71 % [IC à 95 %, 36,16 – 37,26]; $P < 0,0001$). L'évolution a été graduelle tout au long du mois de mai, passant de 42,74 % (IC à 95 %, 41,65 – 43,84) à 46,11 % (IC à 95 %, 45,00 – 47,21), puis à 47,03 % (IC à 95 %, 45,96 – 48,10) et à 48,96 % (IC à 95 %, 47,87 – 50,06) en raison de la persistance du variant Omicron.

•Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (64,47 % [IC à 95 %, 62,96 – 65,98]) de toutes les tranches d'âge. Cependant, la séroprévalence a augmenté dans toutes les tranches d'âge par rapport au mois d'avril.

•En mai, la séroprévalence a augmenté dans toutes les provinces par rapport au mois d'avril, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard.

•Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (54,35 % [IC à 95 %, 53,12 – 55,58]) que les donneurs blancs (44,31 % [IC à 95 %, 43,67 – 44,95]).

•Parmi les donneurs ayant subi plusieurs dépistages, les nouvelles infections chez les donneurs non vaccinés ont augmenté, passant de 1,53 % (IC à 95 %, 1,14 – 2,00) en juin 2021 à 9,12 % (IC à 95 %, 8,24 – 10,07) en janvier 2022 et atteignant 46,83 % (IC à 95 %, 44,57 – 49,10) en mai 2022.

•Les infections postvaccinales potentielles sont demeurées faibles entre juin 2021 et décembre 2021, mais ont augmenté par la suite, passant de 5,19 % (IC à 95 %, 4,68 – 5,74) en janvier 2022 à 31,02 % (IC à 95 %, 30,17 – 31,88) en mai 2022.

Avril 2022

1^{er} au 30 avril 2022 (n=29 787)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

•Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.

•La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 99,74 % (IC à 95 %, 99,60 – 99,88) (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.

•Les concentrations d'anticorps anti-S étaient élevées en septembre 2021, mais ont diminué graduellement. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. En février 2022, les concentrations avaient augmenté dans toutes les tranches d'âge, probablement à cause de l'administration de doses du vaccin, mais elles sont maintenant en baisse.

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

•En avril 2022, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 36,71 % (IC à 95 %, 36,16 – 37,26) et est donc plus élevée qu'en mars 2022 (28,70 % [IC à 95 %, 28,15 – 29,26]; $P < 0,0001$). L'évolution a été graduelle tout au long du mois d'avril, passant de 32,83 % (IC à 95 %, 31,67 – 33,98) à 35,54 % (IC à 95 %, 34,47 – 36,60), puis à 37,64 % (IC à 95 %, 36,62 – 38,65) et à 40,04 % (IC à 95 %, 38,90 – 41,18) en raison de la persistance du variant Omicron.

•Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (55,37 % [IC à 95 %, 53,76 – 56,99]) de toutes les tranches d'âge. Cependant, la séroprévalence a augmenté dans toutes les tranches d'âge par rapport au mois de mars.

•En avril, la séroprévalence a augmenté dans toutes les provinces par rapport au mois de mars.

•Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (45,06 % [IC à 95 %, 43,77 – 46,34]) que les donneurs blancs (34,78 % [IC à 95 %, 34,15 – 35,42]).

•Parmi les donneurs ayant subi plusieurs dépistages, les nouvelles infections chez les donneurs non vaccinés ont augmenté, passant de 1,53 % (IC à 95 %, 1,14 – 2,00) en juin 2021 à 9,12 % (IC à 95 %, 8,24 – 10,07) en janvier 2022 et à 37,19 % (IC à 95 %, 35,14 – 39,28) en avril 2022.

•Les infections postvaccinales potentielles sont demeurées faibles entre juin 2021 et décembre 2021, mais ont augmenté par la suite, passant de 5,19 % (IC à 95 %, 4,68 – 5,74) en janvier 2022 à 21,99 % (IC à 95 %, 21,19 – 22,80) en avril 2022.

Mars 2022

1^{er} au 31 mars 2022 (n=26 026)

• **Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)**

• Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.

• La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 99,57 % (IC à 95 %, 99,42 – 99,73) (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.

• Les concentrations d'anticorps anti-S étaient élevées en septembre, mais ont diminué graduellement. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. En février, les concentrations avaient augmenté dans toutes les tranches d'âge, probablement en raison de l'administration des troisièmes doses, mais avaient commencé à diminuer en mars.

• **Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)**

• En mars 2022, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 28,70 % (IC à 95 %, 28,15 – 29,25) et est donc plus élevée qu'en février 2022 (23,68 % [IC à 95 %, 23,18 – 24,18]; $P < 0,0001$). L'évolution a été graduelle tout au long de la période de déclaration de 31 jours, passant de 27,02 % (IC à 95 %, 25,95 – 28,09) à 27,54 % (IC à 95 %, 26,47 – 28,61), puis à 30,68 % (IC à 95 %, 29,61 – 31,75) et à 29,52 % (IC à 95 %, 28,34 – 30,69) en raison de la persistance du variant Omicron.

• Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (44,27 % [IC à 95 %, 42,54 – 46,01]) de toutes les tranches d'âge. Cependant, la séroprévalence a augmenté dans toutes les tranches d'âge par rapport au mois de février.

• En mars, la séroprévalence a augmenté dans toutes les provinces par rapport au mois de février, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador, où les échantillons étaient plus petits.

• Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (38,58 % [IC à 95 %, 37,21 – 39,95]) que les donneurs blancs (26,27 % [IC à 95 %, 25,65 – 26,89]).

• Parmi les donneurs ayant subi plusieurs dépistages, les nouvelles infections chez les donneurs non vaccinés ont augmenté, passant de 1,53 % (IC à 95 %, 1,14 – 2,00) en juin à 9,12 % (IC à 95 %, 8,24 – 10,07) en janvier et atteignant 29,49 % (IC à 95 %, 27,57 – 31,48) en mars.

• Les infections postvaccinales potentielles sont demeurées faibles entre juin et décembre, mais ont augmenté par la suite, passant de 5,19 % (IC à 95 %, 4,68 – 5,74) en janvier à 17,50 % (IC à 95 %, 16,66 – 18,37) en mars.

Février 2022

1^{er} au 28 février 2022 (n=28 616)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

•Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.

•La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 99,60 % (IC à 95 %, 99,45 – 99,75) (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.

•Les concentrations d'anticorps anti-S étaient élevées en septembre, mais ont diminué graduellement. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. En février, les concentrations ont augmenté dans toutes les tranches d'âge, probablement en raison de l'administration des troisièmes doses.

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

•En février 2022, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 23,68 % (IC à 95 %, 23,18 – 24,18) et est donc plus élevée qu'en janvier 2022 (12,12 % [IC à 95 %, 11,76 – 12,48]; $P < 0,0001$). L'évolution a été graduelle tout au long de la période de déclaration de 28 jours, passant de 21,39 % (IC à 95 %, 20,31 – 22,48) à 23,43 % (IC à 95 %, 22,41 – 24,45), puis à 23,68 % (IC à 95 %, 22,77 – 24,58) et à 25,25 % (IC à 95 %, 24,30 – 26,20) en raison de l'émergence du variant Omicron.

•Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (36,27 % [IC à 95 %, 34,68 – 37,86]) de toutes les tranches d'âge. Cependant, la séroprévalence a augmenté dans toutes les tranches d'âge par rapport au mois de janvier.

•En février, la séroprévalence a augmenté dans toutes les provinces par rapport au mois de janvier.

•Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (33,45 % [IC à 95 %, 32,16 – 34,73]) que les donneurs blancs (21,17 % [IC à 95 %, 20,62 – 21,72]).

Parmi les donneurs ayant subi plusieurs dépistages, les nouvelles infections chez les donneurs non vaccinés ont augmenté, passant de 1,53 % (IC à 95 %, 1,14 – 2,00) en juin à 9,12 % (IC à 95 %, 8,24 – 10,07) en janvier, puis ont plus que doublé en février (23,71 %, IC à 95 %, 22,10 – 25,37).

•Les infections postvaccinales potentielles sont demeurées faibles entre juin et décembre, mais ont augmenté par la suite, passant de 5,19 % (IC à 95 %, 4,68 – 5,74) en janvier à 15,56 % (IC à 95 %, 14,72 – 16,42) en février.

Janvier 2022

1^{er} au 31 janvier 2022 (n=32 505)

• **Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)**

• Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.

• La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 98,89 % (IC à 95 %, 98,73 – 99,06) (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.

• Les concentrations d'anticorps anti-S étaient élevées en septembre, mais ont diminué graduellement. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. En janvier, les concentrations ont augmenté dans toutes les tranches d'âge, probablement en raison de l'administration des troisièmes doses.

• **Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)**

• En janvier 2022, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 12,12 % (IC à 95 %, 11,76 – 12,48) et est donc plus élevée qu'en décembre 2021 (6,39 % [IC à 95 %, 6,01 – 6,76]; $P < 0,0001$). L'évolution a été graduelle tout au long de la période de déclaration de 31 jours, passant de 7,16 % (IC à 95 %, 6,62 – 7,71) à 10,09 % (IC à 95 %, 9,46 – 10,71), puis à 12,65 % (IC à 95 %, 11,84 – 13,45) et à 16,30 % (IC à 95 %, 15,51 – 17,09) en raison de la persistance du variant Omicron.

• Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (22,22 % [IC à 95 %, 20,93 – 23,51]) de toutes les tranches d'âge. Cependant, la séroprévalence a augmenté dans toutes les tranches d'âge par rapport au mois de décembre.

• En janvier, la séroprévalence a augmenté dans presque toutes les provinces par rapport au mois de décembre.

• Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (18,29 % [IC à 95 %, 17,27 – 19,32]) que les donneurs blancs (10,73 % [IC à 95 %, 10,34 – 11,12]).

• Parmi les donneurs ayant subi plusieurs dépistages, les nouvelles infections chez les donneurs non vaccinés ont augmenté, passant de 1,53 % (IC à 95 %, 1,14 – 2,00) en juin 2021 à 3,91 % (IC à 95 %, 3,11 – 4,83) en décembre, puis ont plus que doublé en janvier, puisqu'elles ont atteint 9,012 % (IC à 95 %, 8,24 – 10,07).

• Les infections postvaccinales potentielles sont demeurées faibles entre juin et décembre, mais ont augmenté par la suite, passant de 0,74 % (IC à 95 %, 0,48 – 1,10) en décembre à 5,19 % (IC à 95 %, 4,68 – 5,74) en janvier.

Décembre 2021

14 au 30 décembre 2021 (n=16 816)

• **Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)**

• Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.

• La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 98,58 % (IC à 95 %, 98,34 – 98,82) (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.

• Les concentrations d'anticorps anti-S étaient élevées en septembre, mais ont diminué graduellement. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. En décembre, les concentrations avaient augmenté dans les tranches d'âge les plus âgées, probablement à cause de l'administration de troisièmes doses, conformément aux politiques visant la vaccination prioritaire des groupes plus âgés.

• **Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)**

• En décembre, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 6,39 % (IC à 95 %, 6,01 – 6,76) et est donc plus élevée qu'en novembre, où elle correspondait à 5,08 % (IC à 95 %, 4,58 – 5,50); $P < 0,001$). L'évolution a été graduelle tout au long de la période de déclaration de 17 jours, passant de 5,60 % (IC à 95 %, 5,03 – 6,18) à 6,55 % (IC à 95 %, 5,95 – 7,15), puis à 7,51 % (IC à 95 %, 6,63 – 8,39) en raison de la persistance du variant Omicron.

• Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (11,37 % [IC à 95 %, 9,99 – 12,75]) de toutes les tranches d'âge.

• La séroprévalence est demeurée semblable à novembre dans la majorité des provinces, mais a augmenté en décembre en Alberta (12,94 % [IC à 95 %, 11,62 – 14,27]; $P < 0,001$) et en Ontario (5,43 % [IC à 95 %, 4,94 – 5,92]; $P < 0,001$) par rapport à novembre.

• Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (10,40 % [IC à 95 %, 9,32 – 11,48]) que les donneurs blancs (5,21 % [IC à 95 %, 4,81 – 5,61]).

• Parmi les donneurs ayant subi plusieurs dépistages, les nouvelles infections chez les donneurs non vaccinés ont augmenté, passant de 1,53 % (IC à 95 %, 1,14 – 2,00) en juin à 3,91 % (IC à 95 %, 3,11 – 4,83) en décembre, mais les infections postvaccinales sont peu courantes, à 0,74 % (IC à 95 %, 0,48 – 1,10).

Novembre 2021

13 au 24 novembre 2021 (n=9 018)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

•Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.

•La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 98,52 % (IC à 95 %, 98,18 – 98,86), légèrement plus qu'en octobre (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S; $P = 0,039$). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.

•En juillet, les concentrations d'anticorps anti-S étaient très élevées (>2 500 U/mL), mais ont diminué graduellement dans presque toutes les tranches d'âge au fil des mois, la diminution la plus marquée étant observée dans les groupes les plus âgés. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. Ces résultats sont conformes aux politiques de vaccination prioritaire dans les groupes plus âgés.

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

•En novembre, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 5,08 % (IC à 95 %, 4,58 – 5,50) et est donc plus élevée qu'en octobre (4,26 % [IC à 95 %, 3,85 – 4,68]; $P = 0,014$).

•Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (9,35 % [IC à 95 %, 7,62 – 11,07]) de toutes les tranches d'âge.

•Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (8,28 % [IC à 95 %, 6,82 – 9,74]) que les donneurs blancs (4,56 % [IC à 95 %, 4,05 – 5,07]).

•Parmi les donneurs ayant subi plusieurs dépistages, les nouvelles infections chez les donneurs non vaccinés ont augmenté, passant de 1,53 % (IC à 95 %, 1,14 – 2,00) en juin à 3,19 % (IC à 95 %, 2,42 – 4,13) en novembre, mais les infections postvaccinales sont peu courantes, à 0,6 % (IC à 95 %, 0,37 – 0,93).

Octobre 2021

14 au 23 octobre 2021 (n=9 627)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

- Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.
- La proportion de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 98,01 % (IC à 95 %, 97,65 – 98,36), légèrement plus qu'en septembre (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.
- Les concentrations d'anticorps anti-S, qui étaient très élevées en juillet (>2 500 AU/mL), ont commencé à diminuer chez les personnes âgées en septembre. En octobre, les valeurs demeurent très élevées, mais elles diminuent graduellement dans toutes les tranches d'âge. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. Ces résultats sont conformes aux politiques de vaccination prioritaire dans les groupes plus âgés.
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs qui habitent dans des quartiers aisés présentent une séroprévalence plus élevée (99,25 % [IC à 95 %, 98,72 – 99,79]) que ceux qui habitent dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel (97,13 % [IC à 95 %, 95,64 – 98,61]).
- Chez les 25 100 donneurs ayant été soumis au dépistage au moins deux fois depuis janvier 2021, le profil de dépistage le plus courant (55,2 %) était présumé être passé de l'état de non vacciné à celui de vacciné (résultats négatifs aux anticorps anti-N et anti-S au premier don de sang soumis au dépistage, puis négatifs aux anticorps anti-N et positifs aux anticorps anti-S au don de sang le plus récent à avoir été soumis au dépistage). Au total, 15 infections postvaccinales étaient présumées (les donneurs avaient obtenu des résultats négatifs aux anticorps anti-N et positifs aux anticorps anti-S lors de leur premier don de sang soumis au dépistage, puis positifs aux anticorps anti-N et anti-S lors de leur don de sang le plus récent à avoir été soumis au dépistage).

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

- En octobre, la séroprévalence (par l'infection naturelle) est de 4,26 % (IC à 95 %, 3,85 – 4,68), semblable à celle de septembre (4,38 % [IC à 95 %, 3,96 – 4,81]).
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (7,50 % [IC à 95 %, 5,98 – 9,01]) de toutes les tranches d'âge.
- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (6,18 % [IC à 95 %, 4,92 – 7,45]) que les donneurs blancs (3,85 % [IC à 95 %, 3,40 – 4,31]).

Septembre 2021

14 au 24 septembre 2021 (n=9 363)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

•Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.

•La proportion de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 97,03 % (IC à 95 %, 96,62 – 97,44), légèrement plus qu'en août (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.

•Les concentrations d'anticorps anti-S, qui étaient très élevées en juillet (>2 500 AU/mL), ont commencé à diminuer chez les personnes âgées en septembre. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. Ces résultats sont conformes aux politiques de vaccination prioritaire dans les groupes plus âgés.

•Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs qui habitent dans des quartiers aisés présentent une séroprévalence plus élevée (97,56 % [IC à 95 %, 96,83 – 98,28]) que ceux qui habitent dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel (94,72 % [IC à 95 %, 92,93 – 96,51]).

•Chez les 21 727 donneurs ayant été soumis au dépistage au moins deux fois depuis janvier 2021, le profil de dépistage le plus courant (54,0 %) était présumé être passé de l'état de non vacciné à celui de vacciné (résultats négatifs aux anticorps anti-N et anti-S lors de leur premier don de sang soumis au dépistage, puis négatifs aux anticorps anti-N et positifs aux anticorps anti-S lors de leur don de sang le plus récent à avoir été soumis au dépistage). Au total, 12 infections postvaccinales étaient présumées (les donneurs avaient obtenu des résultats négatifs aux anticorps anti-N et positifs aux anticorps anti-S lors de leur premier don de sang soumis au dépistage, puis positifs aux anticorps anti-N et anti-S lors de leur don de sang le plus récent à avoir été soumis au dépistage).

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

•En septembre, la séroprévalence (par l'infection naturelle) est de 4,38 % (IC à 95 %, 3,96 – 4,81), semblable à celle d'août (4,43 % [IC à 95 %, 3,99 – 4,86]).

•Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (8,70 % [IC à 95 %, 7,06 – 10,34]) de toutes les tranches d'âge. La séroprévalence a augmenté considérablement chez les 60 ans et plus en septembre (2,78 % [IC à 95 %, 2,13 – 3,43]) par rapport au mois d'août (1,61 % [IC à 95 %, 1,09 – 2,12]), mais est demeurée stable dans les autres tranches d'âge.

•Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (7,61 % [IC à 95 %, 6,24 – 8,97]) que les donneurs blancs (3,65 % [IC à 95 %, 3,20 – 4,10]).

Août 2021

15 au 26 août 2021 (n=9 109)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

•Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.

•La proportion de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 96,09 % (IC à 95 %, 95,63 – 96,54), légèrement plus qu'en juillet (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.

•Les concentrations d'anticorps anti-S médianes ont augmenté en juillet par rapport aux mois précédents ($P < 0,001$), mais se sont accentuées davantage en août ($P < 0,001$).

•Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs qui habitent dans des quartiers aisés présentent une séroprévalence plus élevée (98,25 % [IC à 95 %, 97,56 – 98,95]) que ceux qui habitent dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel (93,41 % [IC à 95 %, 91,45 – 95,37]).

•Chez les 17 762 donneurs ayant été soumis au dépistage au moins deux fois depuis janvier 2021, le profil de dépistage le plus courant (52,9 %) était présumé être passé de l'état de non vacciné à celui de vacciné (résultats négatifs aux anticorps anti-N et anti-S lors de leur premier don de sang soumis au dépistage, puis négatifs aux anticorps anti-N et positifs aux anticorps anti-S lors de leur don de sang le plus récent à avoir été soumis au dépistage). Au total, 11 infections postvaccinales étaient présumées (les donneurs avaient obtenu des résultats négatifs aux anticorps anti-N et positifs aux anticorps anti-S lors de leur premier don de sang soumis au dépistage, puis positifs aux anticorps anti-N et anti-S lors de leur don de sang le plus récent à avoir été soumis au dépistage).

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

•En août, la séroprévalence (par l'infection naturelle) est de 4,43 % (IC à 95 %, 3,99 – 4,86), semblable à celle de juillet 2021 (4,08 % [IC à 95 %, 3,65 – 4,51]).

•Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (8,44 % [IC à 95 %, 6,80 – 10,09]) de toutes les tranches d'âge. La prévalence la plus élevée de cette tranche d'âge est observée au Manitoba (24,95 % [IC à 95 %, 13,53, 36,37]).

•Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (11,14 % [IC à 95 %, 9,14 – 13,15]) que les donneurs blancs (3,30 % [IC à 95 %, 2,86 – 3,74]). Le taux d'infections naturelles chez les donneurs racisés s'est également creusé par rapport à juillet. L'écart entre les donneurs habitant dans des quartiers défavorisés sur le plan matériel et ceux habitant dans des quartiers aisés a commencé à s'accroître, probablement à cause de la quatrième vague. Il se situe maintenant à 7,85 % (IC à 95 %, 5,87 – 9,83), par rapport à 3,27 % (IC à 95 %, 2,52 – 4,02) auparavant.

Juillet 2021

14 au 23 juillet 2021 (n=8 457)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

•Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.

•La proportion de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 94,69 % (IC à 95 %, 94,16 – 95,22), une augmentation marquée par rapport au mois de juin (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.

•Les concentrations d'anticorps anti-S médianes ont augmenté en juin par rapport aux mois précédents ($P < 0,001$), mais se sont accentuées davantage en juillet ($P < 0,001$).

•La séroprévalence des donneurs blancs (95,04 % [IC à 95 %, 94,44 – 95,64]) était semblable à celle des donneurs racisés (93,82 % [IC à 95 %, 92,48 – 95,15]), l'écart s'étant corrigé par rapport aux enquêtes précédentes. Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs qui habitent dans des quartiers aisés présentent une séroprévalence plus élevée (96,72 % [IC à 95 %, 95,82 – 97,61]) que ceux qui habitent dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel (92,94 % [IC à 95 %, 90,89 – 95,00]).

•Chez les 14 201 donneurs ayant été soumis au dépistage au moins deux fois depuis janvier 2021, le profil de dépistage le plus courant (51,2 %) était présumé être passé de l'état de non vacciné à celui de vacciné (résultats négatifs aux anticorps anti-N et anti-S lors de leur premier don de sang soumis au dépistage, puis négatifs aux anticorps anti-N et positifs aux anticorps anti-S lors de leur don de sang le plus récent à avoir été soumis au dépistage), probablement à cause de la vaccination. Cinq donneurs ayant obtenu des résultats négatifs aux anticorps anti-N et positifs aux anticorps anti-S lors de leur premier don de sang soumis au dépistage, puis positifs aux anticorps anti-N et anti-S lors de leur don de sang le plus récent à avoir été soumis au dépistage, probablement à cause d'infections postvaccinales.

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

•En juillet, la séroprévalence (par l'infection naturelle) est de 4,08 % (IC à 95 %, 3,65 – 4,51), en baisse par rapport au mois de juin 2021.

•Dans la plupart des provinces, sauf l'Alberta, les infections naturelles se sont stabilisées, probablement en raison de la vaccination à grande échelle et aux mesures de distanciation.

•Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (6,71 % [IC à 95 %, 5,17 – 8,25]) de toutes les tranches d'âge, mais l'écart s'est rétréci depuis juin 2021.

•Dans cette tranche d'âge, la séroprévalence est plus élevée en Alberta (11,88 % [IC à 95 %, 6,80 – 16,97]) et en Colombie-Britannique (9,91 % [IC à 95 %, 5,44 – 14,37]). Depuis juin 2021, la séroprévalence a diminué ou est demeurée très similaire dans toutes les provinces, sauf en Colombie-Britannique, où elle a augmenté.

•Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (7,29 % [IC à 95 %, 5,95 – 8,63]) que les donneurs blancs (3,33 % [IC à 95 %, 2,87 – 3,78]). Par rapport aux enquêtes précédentes, l'écart entre les donneurs habitant dans des quartiers défavorisés sur le plan matériel et ceux habitant dans des quartiers aisés se resserre (4,62 % [IC à 95 %, 3,03 – 6,22] par rapport à 3,87 % [IC à 95 %, 3,02 – 4,71]). Toutefois, ceux qui évoluent dans des milieux plus défavorisés sur le plan social (qui ont moins de contacts sociaux) présentent une séroprévalence plus élevée (6,33 % [IC à 95 %, 4,83 – 7,83]) que ceux qui sont moins défavorisés sur le plan social (3,35 % [IC à 95 %, 2,39 – 4,30] par rapport à 5,63 % [IC à 95 %, 4,47 – 6,80]).

Juin 2021

14 au 29 juin 2021 (n=16 884)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage antispiculaire de Roche)

•Les résultats du dosage antispiculaire (anti-S) de Roche démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S au dosage de Roche ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.

•La proportion de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 90,78 % (IC à 95 %, 90,32 – 91,25), ce qui représente une augmentation considérable par rapport au mois de mai (d'après les résultats du dosage anti-S de Roche). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.

•La proportion de donneurs de sang possédant une immunité humorale présumée au SRAS-CoV-2 conférée par la vaccination s'élève à 86,05 % (IC à 95 %, 85,50 – 86,59), ce qui représente une augmentation marquée par rapport au mois de mai (d'après les résultats du dosage anti-S de Roche seul).

•La séroprévalence des donneurs blancs (dosage anti-S de Roche, essentiellement conférée par la vaccination; 90,81 % [IC à 95 %, 90,25 – 91,35]) ne différerait pas de celle des donneurs racisés (91,37 % [IC à 95 %, 90,27 – 92,47]). L'écart s'est corrigé par rapport aux enquêtes précédentes. Cependant, la séroprévalence des donneurs blancs découlant du dosage anti-S de Roche seulement (probablement conférée par la vaccination; 86,87 % [IC à 95 %, 86,26 – 87,49]) est plus élevée que celle des donneurs racisés (83,14 % [IC à 95 %, 81,72 – 84,56]), et l'écart s'est amenuisé entre ces deux groupes par rapport au mois de mai. De même, les donneurs habitant dans des quartiers aisés présentent une séroprévalence plus élevée (dosage anti-S de Roche, essentiellement conférée par la vaccination; 93,68 % [IC à 95 %, 92,90 – 94,46]) que ceux qui habitent dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel (88,33 % [IC à 95 %, 86,60 – 90,06]).

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage anti-S de Roche)

•En juin, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 4,5 % (IC à 95 %, 4,19 – 4,83), ce qui représente une augmentation par rapport au mois de mai 2021.

•Dans la plupart des provinces, sauf l'Alberta, les infections naturelles se sont stabilisées, probablement en raison de la vaccination à grande échelle.

•Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (9,3 % [IC à 95 %, 8,04 – 10,57]) de toutes les tranches d'âge.

•Dans cette tranche d'âge, la séroprévalence est plus élevée en Alberta (17,53 % [IC à 95 %, 13,23 – 21,82]), en Saskatchewan (14,26 % [IC à 95 %, 6,66 – 21,87]) et au Manitoba (15,56 % [IC à 95 %, 8,46 – 22,65]).

•Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (7,95 % [IC à 95 %, 6,95 – 8,95]) que les donneurs blancs (3,72 % [IC à 95 %, 3,38 – 4,06]). Ceux qui habitent dans des quartiers défavorisés sur le plan matériel présentent un taux plus élevé d'infections naturelles (6,95 % [IC à 95 %, 5,62 – 8,27]) par rapport à 4,26 % [IC à 95 %, 3,66 – 4,87]).

Mai 2021

22 mai au 4 juin 2021 (n=17 001)

- Au total, 63,9 % des donneurs de sang présentent une immunité humorale au SRAS-CoV-2 (IC à 95 %, 63,2 – 64,6), ce qui représente une augmentation importante par rapport au mois d'avril (d'après les résultats du dosage antispiculaire [anti-S] de Roche). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.

• Immunité humorale conférée par la vaccination (réactive au dosage antispiculaire de Roche seulement)

- Au total, 59,8 % des donneurs de sang présentent une immunité humorale au SRAS-CoV-2 conférée par la vaccination (IC à 95 %, 59,1 – 60,6), ce qui représente une augmentation importante par rapport au mois d'avril.

- La séroprévalence des donneurs blancs (conférée par la vaccination; 61,8 % [IC à 95 %, 60,9 – 62,7]) est plus élevée que celle des autres donneurs racisés (48,9 % [IC à 95 %, 47,1 – 50,7]). De même, les donneurs habitant dans des quartiers aisés présentent une séroprévalence plus élevée (64,8 % [IC à 95 %, 63,4 – 66,2]) que ceux qui habitent dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel (56,6 % [IC à 95 %, 54,0 – 59,1]).

• Infections naturelles (d'après les résultats du dosage antinucléocapsidique de Roche)

- En mai, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 4,0 % (IC à 95 %, 3,7 – 4,3), ce qui représente une augmentation par rapport au mois d'avril 2021.

- Dans la plupart des provinces, sauf l'Ontario et l'Alberta, les infections naturelles se sont stabilisées, probablement en raison de la vaccination à grande échelle.

- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (7,0 % [IC à 95 %, 5,9 – 8,1]) de toutes les tranches d'âge.

- Dans cette tranche d'âge, la séroprévalence est plus élevée en Alberta (12,7 % [IC à 95 %, 9,0 – 16,4]) et au Manitoba (11,3 % [IC à 95 %, 5,2 – 17,4]).

- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (7,4 % [IC à 95 %, 6,5 – 8,3]) que les donneurs blancs (3,3 % [IC à 95 %, 2,9 – 3,6]). Ceux qui habitent dans des quartiers défavorisés sur le plan matériel présentent un taux plus élevé d'infections naturelles que ceux qui habitent dans des quartiers aisés (5,7 % [IC à 95 %, 4,5 – 6,8] par rapport à 3,1 % [IC à 95 %, 2,6 – 3,6]).

Avril 2021

13 au 30 avril 2021 (n=16 931)

- Au total, 26,9 % des donneurs de sang présentent une immunité humorale au SRAS-CoV-2 (IC à 95 %, 26,2 – 27,6), ce qui représente une augmentation importante par rapport au mois de mars (d'après les résultats du dosage antispiculaire [anti-S] de Roche). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.

- **Immunité humorale conférée par la vaccination (réactive au dosage antispiculaire de Roche seulement)**

- Au total, 23,6 % des donneurs de sang présentent une immunité humorale au SRAS-CoV-2 conférée par la vaccination (IC à 95 %, 23,0 – 24,3), ce qui représente une augmentation importante par rapport au mois de mars.

- Une iniquité vaccinale commence à émerger en avril 2021.

- La séroprévalence des donneurs blancs (conférée par la vaccination; 25,0 % [IC à 95 %, 24,3 – 25,8]) est plus élevée que celle des donneurs racisés (17,9 % [IC à 95 %, 16,5 – 19,3]). De même, les donneurs habitant dans des quartiers aisés présentent une séroprévalence plus élevée (26,9 % [IC à 95 %, 25,6 – 28,2]) que ceux qui habitent dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel (20,9 % [IC à 95 %, 18,8 – 23,0]).

- **Infections naturelles (d'après les résultats du dosage antinucléocapsidique de Roche)**

- En avril, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 3,2 % (IC à 95 %, 3,0 – 3,5), semblable à celle de mars 2021.

- Dans la plupart des provinces, sauf l'Ontario, les infections naturelles se sont stabilisées, probablement en raison de la vaccination à grande échelle.

- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (5,4 % [IC à 95 %, 4,4 – 6,3]) de toutes les tranches d'âge.

- Dans cette tranche d'âge, la séroprévalence est plus élevée en Alberta (8,9 % [IC à 95 %, 5,7 – 12,0]) et au Manitoba (15,0 % [IC à 95 %, 7,9 – 22,0]) que dans l'ensemble de l'échantillon.

- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (5,3 % [IC à 95 %, 4,4 – 6,1]) que les donneurs blancs (2,8 % [IC à 95 %, 2,5 – 3,1]). Ceux qui habitent dans des quartiers défavorisés sur le plan matériel présentent un taux plus élevé d'infections naturelles que ceux qui habitent dans des quartiers aisés (4,6 % [IC à 95 %, 3,5 – 5,7] par rapport à 2,7 % [IC à 95 %, 2,2 – 3,2]).

Mars 2021

27 février au 13 mars 2021 (n=16 873)

- Les analyses sérologiques faisant appel aux dosages des anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et antispiculaires (anti-S) totaux de Roche permettent de suivre les tendances relatives à la transmission de l'infection naturelle et à la séropositivité conférée par la vaccination.
- Dans l'ensemble, en mars 2021, la séroprévalence corrigée mesurée par le dosage anti-S de Roche (indicateur de l'immunité humorale, conférée par la vaccination ou induite par l'infection naturelle) s'élève à 9,9 % (IC à 95 %, 9,4 – 10,3). La proportion de la population exposée à l'infection naturelle, par rapport à celle ayant acquis une immunité postvaccinale, était variable au Canada.
- La séroprévalence corrigée, mesurée par le dosage anti-S de Roche seulement (résultats négatifs aux anticorps anti-N, indicateurs d'une immunité conférée par la vaccination), s'élève à 6,8 % (IC à 95 %, 6,4 – 7,16), ce qui représente une augmentation importante par rapport au mois de janvier.
- Selon les déclarations de vaccination, le dosage anti-S de Roche seul décèle les donneurs vaccinés avec une sensibilité de 96,1 % (au bout de deux semaines).
- Malgré l'accès plus étendu aux vaccins contre la COVID-19, la séroprévalence mesurée par le dosage anti-N de Roche (indicateur d'une infection naturelle) a continué d'augmenter entre janvier (2,2 % [IC à 95 %, 2,1 – 2,4]) et mars (3,3 % [IC à 95 %, 3,0 – 3,5]).
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (immunité par l'infection naturelle; 6,37 % [IC à 95 %, 5,31 – 7,44]) de toutes les tranches d'âge. Dans cette tranche d'âge, la séroprévalence est beaucoup plus élevée en Alberta (14,7 % [IC à 95 %, 10,8 – 18,6]) et au Manitoba (20,8 % [IC à 95 %, 12,3 – 28,0]) que dans l'ensemble de l'échantillon.
- Les disparités sur le plan de la séroprévalence de l'immunité induite par l'infection naturelle entre les donneurs racisés et les donneurs blancs et entre ceux qui habitent dans des quartiers défavorisés sur le plan matériel et ceux qui habitent dans des quartiers aisés se sont amenuisées pour la première fois depuis novembre 2020, lorsqu'elles avaient commencé à se creuser.

Janvier 2021

(Roche)

1^{er} au 27 janvier 2021 (n=33 400, Roche)

- Pour évaluer la séroprévalence depuis le déploiement des vaccins, les chercheurs analysent des échantillons de sang résiduel à l'aide des dosages antispiculaire (ou anti-S, semi-quantitatif) et antinucléocapsidique (ou anti-N; qualitatif) anti-SRAS-CoV-2 Elecsys® de Roche. Tous les vaccins produiront des anticorps anti-S, mais pas d'anticorps anti-N, alors que l'infection naturelle produit généralement à la fois des anticorps anti-S et anti-N.
- En janvier 2021, les évaluations de la séroprévalence étaient plus élevées au moyen du dosage anti-S de Roche (2,78 % [IC à 95 %, 2,58 – 2,97]) que des dosages anti-N. La séroprévalence mesurée par le dosage anti-N de Roche s'élevait à 2,24 % (IC à 95 %, 2,08 – 2,41), par rapport à 1,99 % pour celui d'Abbott (IC à 95 %, 1,84 – 2,15).
- **Nouveauté** : En janvier 2021, 511 donneurs (1,5 %) ont déclaré s'être fait vacciner contre la COVID-19 au cours des trois mois précédents.

Janvier 2021

1^{er} au 27 janvier 2021 (n=34 921)

- En janvier, la séroprévalence se situe à 1,99 % (IC à 95 %, 1,84 – 2,15).
- Au Canada, la séroprévalence est demeurée plus élevée au Manitoba (3,92 % [IC à 95 %, 2,92 – 4,93]) et plus faible à l'Île-du-Prince-Édouard (0 %).
- La séroprévalence a particulièrement augmenté en Ontario (1,16 % – 1,82 %) et en Alberta (2,12 % – 3,41 %) entre décembre 2020 et janvier 2021.
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (3,45 % [IC à 95 %, 2,87 – 4,02]).
- Les disparités en fonction de la situation socioéconomique et de l'ethnicité se sont amplifiées. Les donneurs qui habitent dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel risquent près de quatre fois plus d'obtenir un résultat positif à la COVID-10 que ceux qui habitent dans des quartiers aisés (4,04 % par rapport à 1,17 %). Les donneurs racisés sont deux fois plus susceptibles d'obtenir un résultat positif que ceux qui se disent blancs (3,37 % par rapport à 1,66 %).
- Une comparaison détaillée par rapport à l'enquête précédente (décembre) est présentée.

Décembre 2020

10 au 23 décembre 2020 (n=16 961)

- En décembre, la séroprévalence se situe à 1,37 % (IC à 95 %, 1,18 – 1,56).
- Variations régionales : Au Canada, la séroprévalence est demeurée plus élevée au Manitoba (3,02 % [IC à 95 %, 1,75 – 4,29]), mais les pourcentages sont considérablement inférieurs à ceux du rapport précédent.
- Les donneurs de 17 à 24 ans continuent de présenter la plus forte séroprévalence (2,75 % [IC à 95 %, 2,01 – 3,49]).
- Les disparités en fonction de la situation socioéconomique s'accroissent. Les donneurs qui habitent dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel risquent trois fois plus d'obtenir un résultat positif à la COVID-10 que ceux qui habitent dans des quartiers aisés (2,2 % par rapport à 0,72 %).
- **Nouveauté** : Les données longitudinales obtenues auprès des donneurs réguliers démontrent une diminution du rapport signal/seuil au fil du temps.

Novembre 2020

7 au 25 novembre 2020 (n=17 049)

- En novembre, la séroprévalence est de 1,51 % (IC à 95 %, 1,31 – 1,71).
- Variations régionales : La séroprévalence a surtout augmenté dans l'Ouest canadien. La séroprévalence la plus élevée est observée dans les Prairies : elle est passée à 8,56 % (IC à 95 %, 6,51 – 10,62) au Manitoba, et à 4,2 % (IC à 95 %, 2,3 – 5,8) en Saskatchewan. Elle a légèrement diminué en Ontario, à 0,77 % (IC à 95 %, 0,56 – 0,97) et demeure à 0 à l'Île-du-Prince-Édouard.
- Les donneurs de 17 à 24 ans présentent la séroprévalence la plus forte (2,97 % [IC à 95 %, 2,20 – 3,37]), tandis que les donneurs de 40 à 59 ans, la plus faible (1,09 % [IC à 95 %, 0,80, 1,38]).
- Nouveauté : La série chronologique est révisée. (Des données supplémentaires tirées de l'étude « Correlates of Immunity », réalisée d'avril au 31 août 2020, sont incluses dans le présent rapport.)
- La 1^{re} vague (mai à juin) est comparée au mois de novembre 2020.

Octobre 2020

12 au 31 octobre 2020 (n=16 811)

- La séroprévalence augmente considérablement en octobre, se situant à 0,88 % (IC à 95 %, 0,73 – 1,04; $P=0,04$).
- Variations régionales : La séroprévalence du Manitoba est la plus élevée au Canada (2,96 % [IC à 95 %, 1,70 – 4,23]). Celle de l'Ontario est demeurée stable (0,87 % [IC à 95 %, 0,65 – 1,08]).
- Nouveauté : Des cartes de zones chaudes démontrent les variations interprovinciales (par région économique).
- Accentuation des disparités : La séroprévalence est beaucoup plus faible chez les donneurs qui se disent blancs (0,75 %; IC à 95 %, 0,61 – 0,92) que chez les donneurs racisés (1,82 %; IC à 95 %, 1,21 – 2,62).

1^{re} vague

9 mai au 21 juillet 2020 (n=74 642)

- La séroprévalence est évaluée à 0,70 % (IC à 95 %, 0,63 – 0,77).
- Variations régionales : L'Ontario présente la séroprévalence la plus élevée (0,88 % [IC à 95 %, 0,78 – 0,99]). La séroprévalence est très faible dans les provinces de l'Atlantique.
- Disparités : La séroprévalence est plus faible chez les donneurs qui se disent blancs (0,66 %; IC à 95 %, 0,59 – 0,74) que chez les donneurs racisés (1,09 %; IC à 95 %, 0,84 – 1,34).

Introduction

Le SRAS-CoV-2 est responsable d'une infection respiratoire, la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). Certaines personnes infectées sont extrêmement malades et peuvent succomber à des complications, tandis que d'autres n'éprouvent que de légers symptômes ou ne savent même pas qu'elles sont atteintes. Des mesures de distanciation physique rigoureuses ont été adoptées au début de la pandémie (vers la fin de mars 2020). Grâce à ces mesures, la première vague de la pandémie s'est stabilisée au Canada durant l'été, après avoir atteint un pic en avril 2020. Une résurgence des cas s'est amorcée à la fin de septembre 2020, dont le pic est survenu en janvier 2021. Elle a été suivie d'une troisième vague, qui a émergé dans de nombreuses régions du Canada en mars 2021 et s'est estompée à la fin d'avril. Une quatrième vague a déferlé au début d'août 2021 et s'est renversée à la fin d'octobre. À la mi-décembre 2021, une cinquième vague s'est dressée, puis s'est résorbée quelque peu en janvier, pour être remplacée par une sixième vague dès la fin de mars. Au 2 juillet 2022, 3 953 467 cas de COVID-19 ont été signalés au pays.

En janvier 2021, le variant Alpha (B.1.1.7) a commencé à s'imposer comme principal variant préoccupant. À la fin de juin 2021, le variant Delta (B.1.617.2) l'a graduellement remplacé. Un nouveau variant préoccupant plus contagieux, baptisé Omicron (B.1.1.529), a commencé à prendre le dessus à la mi-décembre 2021, suivi de sous-variants. Le moment précis où chaque variant est devenu dominant varie selon la province. À la fin de décembre 2021, les établissements de dépistage de la santé publique étaient débordés, et de nombreuses régions sociosanitaires ont adopté des restrictions en matière de dépistage. Puisqu'en plus des personnes qui étaient infectées, mais asymptomatiques, de nombreuses personnes symptomatiques ne sont plus dépistées, le nombre de cas déclarés sous-estime le taux d'infection. C'est pourquoi il est important de mener des études de surveillance des anticorps anti-SRAS-CoV-2 pour connaître la proportion de la population qui possède des anticorps perceptibles (la séroprévalence) et pour observer les tendances tout au long de la pandémie. Les données recueillies améliorent les modèles mathématiques utilisés pour prédire l'évolution de l'infection et éclairer les politiques de santé publique.

Les concentrations d'anticorps atteignent généralement un pic dans le mois suivant la vaccination, avant de diminuer progressivement. Elles peuvent être bien plus élevées après une nouvelle dose de vaccin, ou lorsqu'une infection se produit avant ou après la vaccination. À la fin de juin 2022, plus de 86 % de la population admissible (âgée de cinq ans ou plus) en ont reçu deux doses. En novembre 2021, certaines tranches de la population canadienne sont devenues admissibles à une troisième dose. À la fin de juin 2022, 59 % de la population admissible (âgée de 18 ans ou plus) avaient reçu une troisième dose. Les données issues de la surveillance des concentrations d'anticorps antispiculaires (conférés par la vaccination) et de la proportion de personnes infectées par le variant Omicron permettent d'établir des modèles mathématiques pour estimer l'immunité humorale de la population.

En partenariat avec le Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19, la Société canadienne du sang analyse des échantillons de sang résiduel (des dons non utilisés) pour détecter les anticorps contre le SRAS-CoV-2 chez les donateurs de sang. Le présent rapport examine la séroprévalence du SRAS-CoV-2 en distinguant l'immunité humorale causée par une infection naturelle de celle qui est probablement conférée par la vaccination. Les chercheurs mesurent la séroprévalence au moyen de deux dosages de détection des immunoglobulines totales mis au point par la société Roche, qui détectent les anticorps antispiculaires (ou anti-S) et antinucléocapsidiques (ou anti-N), et ils surveillent la concentration des anticorps anti-S. Ils

évaluent l'évolution des événements au fil du temps et mesurent les différences selon les régions géographiques, les tranches d'âge, les groupes racisés et la situation socioéconomique.

Méthodologie

Population

La Société canadienne du sang dispose de sites de collecte de sang dans toutes les grandes villes et dans de nombreux petits centres urbains de toutes les provinces, sauf le Québec. Les personnes qui habitent en milieu rural peuvent avoir moins d'occasions de donner du sang, et les dons ne sont pas recueillis dans les territoires du Nord. Les donateurs de sang forment un sous-groupe raisonnablement représentatif des Canadiens en bonne santé âgés de 17 à environ 60 ans.

Admissibilité des donateurs de sang

Avant chaque don de sang, les donateurs doivent répondre à un questionnaire visant à confirmer qu'ils sont en bonne santé et ne présentent pas de facteurs de risque d'infections susceptibles d'être transmises aux receveurs de sang. Si rien n'indique que le SRAS-CoV-2 est transmissible par le sang, il est important d'assurer la sécurité des donateurs et du personnel des centres de donateurs. Ainsi, on demande à tous les donateurs s'ils ont eu la COVID-19 ou ont été en contact avec une personne infectée. Ceux qui ont eu un contact avec une personne infectée sont exclus du don pendant deux semaines; s'ils ont contracté la COVID-19, la période d'exclusion est de deux semaines après la disparition des symptômes (trois s'ils ont été hospitalisés). La température des donateurs est prise et leur taux d'hémoglobine est contrôlé avant le don.

Prélèvements de sang

Le don de sang est précédé du prélèvement de plusieurs fioles de sang qui sont utilisées pour le dépistage de maladies infectieuses. Un échantillon supplémentaire est prélevé, appelé échantillon de réserve, au cas où d'autres tests seraient nécessaires (80 % de ces échantillons ne sont pas utilisés pour les tests de dépistage opérationnels). Depuis le 9 mai 2020, pour les besoins de l'enquête, les échantillons de réserve sont divisés en aliquotes et congelés à une température d'au moins -20 °C.

Périodicité

Jusqu'au 21 juillet 2020, tous les échantillons de réserve faisaient l'objet de tests de dépistage des anticorps anti-SRAS-CoV-2 (première vague). D'août à décembre 2020, seuls les échantillons des deux dernières semaines du mois environ y ont été soumis (sauf ceux d'août et de septembre, qui ont seulement été entreposés). En janvier 2021, une plus forte proportion des échantillons de réserve a fait l'objet de tests, mais en février, les échantillons ont seulement été entreposés. En mars, les tests effectués environ deux semaines par mois ont repris. La taille des échantillons a été limitée à compter de juillet 2021, pour inclure environ 300 échantillons par groupe d'âge et par région, en plus de tests de donateurs réguliers supplémentaires. En décembre 2021, les échantillons sur deux semaines ont fait l'objet des tests sans triage, afin d'accélérer la production de rapports, et depuis janvier 2022, les échantillons sont recueillis chaque semaine du mois. Les estimations de la séroprévalence prennent également en compte 1 500 tests supplémentaires de sang résiduel tirés de l'étude « Correlates of Immunity » réalisée entre avril 2020 et janvier 2021. Ces échantillons ont été

soumis à une série de dosages (tests orthogonaux), y compris le dosage des immunoglobulines G d'Abbott.

		2020											
		Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre		
Séroprévalence ¹				14 541	51 963	21 594				16 811	17 049	16 961	
Étude « Correlates of Immunity » ²													

		2021											
		Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Séroprévalence ¹		34 921		16 873	16 931	17 001	16 884	8 457	9 109	9 363	9 627	9 018	16 816
Étude « Correlates of Immunity » ²													

		2022					
		Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
Séroprévalence ¹		32 505	28 616	26 027	29 787	31 764	32 121
Tests orthogonaux ²							

¹ Échantillons faisant l'objet de **dosages IgG anti-SRAS-CoV-2 d'Abbott jusqu'en janvier 2021** (le sang résiduel des mois d'août 2020, septembre 2020 et février 2021 a été divisé en aliquotes, mais n'a pas fait l'objet de tests). Depuis janvier 2021, tous les échantillons sont analysés au moyen des dosages anti-SRAS-CoV-2 (antispiculaires [anti-S] et antinucléocapsidiques [anti-N]) Elecsys® de Roche.

² Tests orthogonaux (chercheur principal : S. Drews [IRSC 2020]) qui consistent à analyser 1 500 échantillons par mois jusqu'en janvier 2021, inclusivement (par le dosage d'Abbott); cette étude est connue sous le nom de « Correlates of Immunity ».

Tests de détection des anticorps anti-SRAS-CoV-2

Les chercheurs utilisent deux dosages. Le dosage immunologique semi-quantitatif antispiculaire (anti-S) anti-SRAS-CoV-2 Elecsys® de Roche détecte les anticorps totaux (y compris les IgA, les IgM et les IgG) dirigés contre la protéine du spicule (S) du SRAS-CoV-2 (**anticorps anti-S**). Le dosage immunologique qualitatif anti-SRAS-CoV-2 Elecsys® de Roche détecte les anticorps totaux (y compris les IgA, les IgM et les IgG) au moyen d'une protéine recombinante représentant l'antigène de la nucléocapside (N) du SRAS-CoV-2 (**anticorps anti-N**). À une concentration de $\geq 0,8$ U/mL, le dosage des anticorps anti-S est présumé avoir une sensibilité de 98,8 % et une spécificité de 99,6 %. À une concentration de $\geq 1,0$ U/mL, le dosage des anticorps anti-N est présumé avoir une sensibilité de 99,5 % et une spécificité de 99,8 %¹. Tous les tests sont effectués dans les laboratoires de la Société canadienne du sang à Ottawa.

Les échantillons de janvier à août ont été testés à l'état brut et après dilution de 1:10 pour détecter l'anticorps anti-S. Toutefois, en juin, de nombreux échantillons dépassaient le taux de détection maximal lorsqu'ils étaient dilués. À compter de septembre, les échantillons ont été testés après dilution de 1:400.

Les analyses sérologiques au moyen de dosages de détection des anticorps anti-N et anti-S permettent de suivre les tendances de transmission de l'infection naturelle et de la séropositivité conférée par la vaccination². Dans le présent rapport, les dyades « anticorps anti-S/immunité humorale (indicateurs de la vaccination ou d'une infection naturelle) », « anticorps anti-N/indicateur d'une infection naturelle » sont utilisées de manière interchangeable, afin de faciliter la compréhension des lecteurs, qui doivent toutefois être conscients que cette terminologie ne reflète pas toute la complexité de l'immunité adaptative.

Enjeux éthiques

Toutes les données ont été dépersonnalisées par l'équipe de technologie de l'information de la Société canadienne du sang par l'attribution d'un numéro d'identification aléatoire. Les variables démographiques et les antécédents de vaccination ont été extraits de la base de données des donneurs de la Société canadienne du sang (par exemple, la date du don, l'année de naissance, le sexe, le groupe racisé et la région de tri d'acheminement du code postal résidentiel) avant d'être reliés aux données du test. Dans le dépliant intitulé « Ce que vous devez savoir avant de donner du sang », que les donneurs doivent lire avant chaque don, et le dépliant « Votre don et son utilisation », les donneurs sont informés que leur sang sera soumis à des tests de dépistage de certaines maladies infectieuses et à d'autres tests, en fonction des besoins. Des renseignements au sujet de l'enquête ont été publiés dans le site Web à la fin du mois de juin 2020, avant le début des tests. Les donneurs n'ont pas été informés du résultat des analyses, car aucun test de confirmation ni test complémentaire n'est effectué. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de la Société canadienne du sang.

Gestion et analyse des données

Le service de l'épidémiologie et de la surveillance de la Société canadienne du sang a analysé les données démographiques dépersonnalisées. Ses membres ont évalué la situation socioéconomique selon les quintiles de l'indice de défavorisation matérielle et sociale (MSDI) de Pampalon. Dérivé du recensement de 2016 de Statistique Canada, le MSDI est associé à l'aire de diffusion des codes postaux (la plus petite unité géographique disponible dans le recensement canadien, composée de 400 à 700 personnes). Puisque la concentration de donneurs de sang est plus élevée dans les secteurs où l'on trouve des centres de donneurs, la densité des donneurs est plus importante dans certaines régions que celle de l'ensemble de la population, et plus faible dans d'autres. Afin de pouvoir extrapoler pour l'ensemble de la population, des facteurs de pondération sont utilisés en fonction de la région de tri d'acheminement (RTA) du code postal résidentiel des donneurs, de leur tranche d'âge et de leur sexe. L'information est pondérée d'après des données de Statistique Canada (n° de catalogue 98-400-X2016008). Lorsque peu de donneurs habitent dans une RTA, celle-ci est combinée à plusieurs autres, de manière à former un groupe d'au moins 500 donneurs. Lorsque les données ne sont pas associées à une RTA ou à une province où du sang est recueilli (0,2 % des échantillons), la pondération est mesurée d'après la RTA du centre de donneurs.

Pour calculer la séroprévalence, les chercheurs divisent le nombre d'échantillons positifs par le nombre d'échantillons soumis au test. Ils calculent les intervalles de confiance à 95 % selon la méthode dite « exacte ». La séroprévalence corrigée et les intervalles de confiance présentent les données pondérées corrigées compte tenu de la sensibilité et de la spécificité du test, mesurés au moyen de la formule de Rogan et Gladen³. La séroprévalence du SRAS-CoV-2 est stratifiée en fonction de caractéristiques géographiques (régions, provinces et certaines villes métropolitaines), du sexe, des tranches d'âge, de l'origine ethnique déclarée et d'indices de défavorisation sociale et matérielle.

Les tendances temporelles par intervalles mensuels sont évaluées en fonction des variables démographiques. Les comparaisons statistiques entre les groupes sont effectuées au moyen de la régression logistique.

Les personnes qui ont donné leur sang plus d'une fois depuis que les dosages de Roche ont commencé à être utilisés en janvier 2021 et dont les échantillons ont été sélectionnés en vue de l'analyse de séroprévalence (au moins deux échantillons testés par donneur) sont incluses dans un ensemble de données distinct en vue d'être analysées et sont qualifiées de « donneurs

réguliers ». Chaque mois depuis juin 2021, les dons des donneurs réguliers sont évalués pour déceler les infections fortuites potentielles. Si un donneur présentait un résultat positif aux anticorps anti-S et négatif aux anticorps anti-N lors de son don précédent (présupposé vacciné) avant le mois observé, puis un résultat positif aux anticorps anti-S et anti-N lors de son don suivant au cours du mois correspondant, il était considéré comme ayant contracté une infection postvaccinale fortuite potentielle. Pour calculer l'incidence mensuelle, les chercheurs divisent le nombre de nouvelles infections fortuites potentielles (résultats positifs aux anticorps anti-S et anti-N) au cours du mois par le total des donneurs ayant obtenu un résultat positif aux anticorps anti-S et négatif aux anticorps anti-N lors de leur don précédent au cours du mois correspondant. Les mêmes mesures sont utilisées pour évaluer les cas d'infections fortuites chez les donneurs qui présentaient un résultat négatif aux anticorps anti-S et anti-N lors de leur don précédent (présupposé non vacciné), puis un résultat positif aux anticorps anti-S et anti-N lors de leur don suivant au cours du mois correspondant.

Résultats

Entre le 1^{er} et le 30 juin 2022, les échantillons de 32 121 donneurs uniques ont été soumis à un test de détection des anticorps anti-SRAS-CoV-2.

Le tableau 1 compare la séroprévalence corrigée selon les différents dosages (**anticorps anti-N et anti-S**) en fonction des variables sociodémographiques dans toutes les provinces canadiennes (sauf le Québec et les territoires). La séroprévalence corrigée globale mesurée selon les anticorps anti-S (indicateurs de l'immunité humorale) s'élève à 100,00 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00). La séroprévalence corrigée mesurée selon les anticorps anti-N (indicateurs d'une infection naturelle) est de 50,70 % (IC à 95 %, 50,15 – 51,26) (consulter les éléments d'interprétation). Les valeurs ont peu changé au cours de la période de déclaration de 30 jours, passant de 50,47 % (IC à 95 %, 49,32 – 51,63) à 51,07 % (IC à 95 %, 50,04 – 52,10), puis à 50,26 % (IC à 95 %, 49,25 – 51,27) et à 50,76 % (IC à 95 %, 49,58 – 51,94).

À la figure 1 sont présentées les tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre le 4 avril 2020 et le 30 juin 2022. L'interruption de la ligne en janvier 2021 représente le passage des dosages d'Abbott à ceux de Roche. La plus forte augmentation de la séroprévalence est observée avec le dosage de Roche, à compter du début du mois de mars 2021, ce qui témoigne du déploiement de la vaccination à grande échelle. À la figure 2 (A-E) est mesurée la stratification de la séroprévalence par région. Au pays, l'immunité humorale découle essentiellement de la vaccination (plutôt que des infections naturelles). La plus forte augmentation de la séroprévalence observée au moyen du dosage anti-N de Roche s'est amorcée en février 2022 et s'est poursuivie en juin, en raison de la persistance du variant Omicron. Les tableaux A1.1 à A1.6 de l'annexe évaluent la séroprévalence selon le sexe, les tranches d'âge et l'indice de défavorisation matérielle dans les différentes régions.

Le tableau 2 compare l'évolution de la séroprévalence des infections naturelles dans le temps (**anticorps anti-N** entre mai 2022 et juin 2022). Dans l'ensemble, la séroprévalence des infections naturelles est plus élevée en juin (50,70 % [IC à 95 %, 50,15 – 51,26]) qu'en mai (46,32 % [IC à 95 %, 45,77 – 46,87]; $P < 0,0001$). Le nombre d'infections naturelles a gonflé dans tous les groupes démographiques par rapport au mois précédent. De toutes les tranches d'âge, celle des donneurs de 17 à 24 ans continue de présenter la séroprévalence la plus forte (66,29 % [IC à 95 %, 64,81 – 67,77]).

Il est prévu qu'après la vaccination, la concentration des anticorps augmente puis diminue graduellement. Entre septembre 2021 et juin 2022, la dilution des échantillons contenant une

forte concentration d'anticorps anti-S a permis de mesurer des concentrations d'anticorps pouvant atteindre 100 000 U/mL. La figure 3 présente les concentrations d'anticorps anti-S transformées en logarithmes par tranche d'âge entre septembre et juin.

Entre juin et octobre 2021, les infections postvaccinales fortuites étaient rares, et le pourcentage variait d'un mois à l'autre sans qu'une tendance claire ne se dégage (voir le tableau 3). Une petite augmentation, observée en novembre et en décembre, s'est accélérée à compter de janvier et a atteint 32,19 % (IC à 95 %, 31,32 – 33,07) en juin. Au tableau 4 est présenté le pourcentage de cas fortuits par mois chez les donneurs présumés non vaccinés. Depuis juin 2021, ce pourcentage a progressivement augmenté pour atteindre 3,91 % (IC à 95 %, 3,11 – 4,83) en décembre 2021, puis s'est intensifié pour se hisser à 52,35 % (IC à 95 %, 50,01 – 54,69) en juin 2022.

À la figure 4 sont exposées les tendances hebdomadaires par région depuis décembre 2021 selon les résultats du dosage des anticorps anti-N par tranche d'âge. Les figures 5A à 5H démontrent les tendances temporelles de la séroprévalence selon les dosages des anticorps anti-N et anti-S en fonction des variables sociodémographiques (ethnicité, âge, défavorisation matérielle et défavorisation sociale) de janvier 2021 à juin 2022. Entre janvier 2021 et mai 2022, les donneurs racisés présentaient des taux d'infection naturelle plus élevés que les donneurs blancs. D'autres variables sociodémographiques témoignent d'importantes différences d'un mois à l'autre, reflétant le déploiement de la vaccination au Canada. Des tendances claires se dégagent dans certains groupes dont la concentration d'anticorps anti-S ou anti-N est plus élevée. Les tableaux A 1.1 à A 1.6 font ressortir les résultats (selon les dosages de détection des anticorps anti-N et anti-S) par région dans certains groupes démographiques en juin, tandis que les tableaux A 2.1 et A 2.2 dévoilent les résultats hebdomadaires selon les dosages des anticorps anti-N.

Conclusion

En juin 2022, la séroprévalence corrigée mesurée au moyen du dosage des anticorps anti-S (indicateurs de l'immunité humorale) s'élève à 100,00 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00). L'immunité humorale est en grande partie déterminée par la vaccination, mais la proportion de la population exposée à l'infection naturelle a connu une forte augmentation depuis décembre, en raison de l'arrivée du variant Omicron, puis de ses sous-variants.

Éléments d'interprétation

1. Les donneurs de sang forment un sous-groupe en bonne santé de la population canadienne adulte. Il convient toutefois de tenir compte de certains éléments importants à propos de leur représentativité :
 - Les donneurs de sang décident eux-mêmes de donner du sang; ceux qui choisissent de ne pas en donner pour une raison quelconque sont donc exclus de l'échantillon.
 - Le sang est recueilli auprès de donneurs de 17 ans ou plus, mais relativement peu de personnes âgées donnent du sang.
 - Les dons de sang sont recueillis dans les grandes villes et de nombreux petits centres urbains, mais les régions rurales peuvent être sous-représentées. De plus, la Société canadienne du sang ne fait aucune collecte de sang dans les territoires du Nord ni au Québec.

2. Les données sont pondérées en fonction de l'âge, du sexe et du lieu de résidence, pour refléter plus fidèlement la population canadienne. Par exemple, la séroprévalence non pondérée de l'infection par le SRAS-CoV-2 selon le dosage des anticorps anti-N s'élève à 50,07 % (IC à 95 %, 49,52 – 50,62) pour l'ensemble de l'échantillon. Après l'application des facteurs de pondération, elle se situe à 50,55 % (IC à 95 %, 50,15 – 51,26), puis après correction de la séroprévalence pondérée pour tenir compte de la spécificité et de la sensibilité, à 50,70 % (IC à 95 %, 50,15 – 51,26). Au moyen du dosage des anticorps anti-S, la séroprévalence non pondérée du SRAS-CoV-2 correspond à 99,03 % (IC à 95 %, 98,92 – 99,14) pour l'ensemble de l'échantillon. Après l'application des facteurs de pondération, elle atteint 99,06 % (IC à 95 %, 98,95 – 99,17) puis après correction de la séroprévalence pondérée pour tenir compte de la sensibilité et de la spécificité, 100 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00).
3. Bien que les dosages de Roche possèdent une très bonne sensibilité et une très bonne spécificité, il se peut que certains résultats véritablement positifs soient omis, et que certains résultats faussement positifs soient pris en compte. Aucun test de confirmation n'est réalisé. La séroprévalence est corrigée à l'aide d'une formule mathématique reconnue pour tenir compte de la sensibilité et de la spécificité des dosages.
4. Les diverses séroprévalences obtenues au moyen des dosages reflètent les divers isotypes mesurés. Le dosage de Roche détecte les anticorps IgA, IgG et IgM, tandis que celui d'Abbott mesure les IgG. La présence d'anticorps anti-N est vraisemblablement un marqueur d'infection naturelle, tandis que les anticorps anti-S peuvent être induits par une infection naturelle ou par la vaccination.
5. Les résultats de la séroprévalence reflètent la mesure de l'immunité humorale. On ne connaît ni les mécanismes exacts de l'immunité protectrice contre le SRAS-CoV-2 ni la protection à des degrés précis d'anticorps anti-S. Les résultats quantitatifs du dosage de détection des anticorps anti-S sont précieux pour éclairer les politiques concernant les doses de rappel, à mesure qu'évoluent les données scientifiques.
6. En septembre 2021, la dilution pour tenir compte des concentrations plus élevées (> 250 U/mL) est passée de 1:10 à 1:400. Il est ainsi possible de mesurer une concentration d'anticorps pouvant atteindre 100 000 U/mL au lieu de 2 500 U/mL. Il se peut que les valeurs se situant entre 160 et 320 U/mL soient plus approximatives, puisqu'elles se trouvent au seuil inférieur de la sensibilité du dosage.
7. Les signaux des anticorps anti-SRAS-CoV-2 s'atténuent au fil du temps.
8. Les anticorps anti-S reflètent la réponse humorale du SRAS-CoV-2. De nombreux résultats positifs au dosage des anticorps anti-S sont liés à la vaccination, mais certains peuvent découler d'une infection naturelle (avec ou sans anticorps anti-N). On présume que les donneurs présentant à la fois des anticorps anti-S et anti-N ont contracté une infection naturelle, mais ils peuvent avoir été vaccinés avant ou après l'infection.

En raison de divers facteurs biologiques, les donneurs peuvent présenter des réponses variables des anticorps à divers foyers de liaison du SRAS-CoV-2 (par exemple, le spicule, le domaine de liaison du récepteur du spicule, la protéine nucléocapsidique). En juin, les deux profils d'anticorps positifs les plus courants sont positifs à l'anticorps anti-S et négatifs à l'anticorps anti-N ou positifs à l'anticorps anti-S et à l'anticorps anti-N (voir ci-dessous).

Phénotypes diagnostiques en juin 2022 (non corrigés)

	Anticorps anti-N	Anticorps anti-S	Total n (%)
	Négatifs	Négatifs	248 (0,8 %)
	Négatifs	Positifs	15 791 (49,2 %)
	Positifs	Négatifs	62 (0,2 %)
	Positifs	Positifs	16 020 (45,7 %)
Total			32 121

Avis de non-responsabilité : La Société canadienne du sang fournit le présent rapport tel quel. Elle ne fait aucune déclaration et n'offre aucune garantie, tant explicite qu'implicite, y compris à l'égard de l'exactitude, de la fiabilité ou de la validité de l'information qui s'y trouve ou de sa pertinence pour un usage particulier. L'utilisation du présent rapport ou de tout résultat de l'étude relève de la seule responsabilité de l'utilisateur. La Société canadienne du sang décline toute responsabilité à cet égard. Toute reproduction du présent rapport est interdite sans l'autorisation de la Société canadienne du sang.

Références

1. <https://diagnostics.roche.com/global/en/products/params/electsys-anti-sars-cov-2-s.html>
2. Whitaker HJ, Elgohari S, Rowe C, Otter AD, Brooks T, Linley E et coll. Impact of COVID-19 vaccination program on seroprevalence in blood donors in England, 2021. J Infect Août 2021;83(2):237-79. doi : <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.04.037>
3. Lang Z, Reiczigel J. Confidence limits for prevalence of disease adjusted for estimated sensitivity and specificity. Prev Vet Med 2014;113(1):13-22. doi : 10.1016/j.prevetmed.2013.09.015

Tableau 1. Comparaison de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 selon les résultats des dosages des anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et antispiculaires (anti-S), en fonction des variables sociodémographiques, en juin 2022

	Résultats des anticorps anti-N (indicateurs de l'infection naturelle)				Résultats des anticorps anti-S (indicateurs d'une immunité humorale par l'infection naturelle ou la vaccination)			
	Bruts		Corrigés		Bruts		Corrigés	
	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	Intervalle de confiance à 95 %	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	Intervalle de confiance à 95 %
Sexe								
Femmes	14 493	7 289	49,61	48,85 – 50,38	14 493	14 372	100,00	100,00 – 100,00
Hommes	17 628	8 793	51,86	51,07 – 52,65	17 628	17 439	100,00	99,99 – 100,00
Âge								
17 à 24 ans	2 354	1 569	66,29	64,81 – 67,77	2 354	2 348	100,00	100,00 – 100,00
25 à 39 ans	8 162	4 908	60,62	59,53 – 61,71	8 162	8 111	100,00	100,00 – 100,00
40 à 59 ans	12 169	6 340	51,99	51,06 – 52,92	12 169	12 043	100,00	99,94 – 100,00
60 ans et plus	9 436	3 265	33,73	32,75 – 34,71	9 436	9 309	99,86	99,62 – 100,00
Province								
Colombie-Britannique	5 202	2 527	50,54	49,23 – 51,86	5 202	5 154	100,00	100,00 – 100,00
Alberta	6 415	3 771	60,86	59,45 – 62,26	6 415	6 349	100,00	99,91 – 100,00
Saskatchewan	1 555	822	55,45	52,66 – 58,23	1 555	1 539	99,96	99,34 – 100,00
Manitoba	1 730	947	56,27	53,70 – 58,85	1 730	1 722	100,00	100,00 – 100,00
Ontario	14 562	6 887	48,14	47,37 – 48,92	14 562	14 405	100,00	99,96 – 100,00
Nouveau-Brunswick	804	348	44,53	41,27 – 47,80	804	798	100,00	99,67 – 100,00
Nouvelle-Écosse	1 276	506	41,49	38,58 – 44,40	1 276	1 268	100,00	99,93 – 100,00
Île-du-Prince-Édouard	192	91	49,24	41,66 – 56,82	192	191	99,76	97,97 – 100,00
Terre-Neuve-et-Labrador	385	183	45,72	41,78 – 49,66	385	385	100,00	100,00 – 100,00

Rapport sur la séroprévalence de la COVID-19
Enquête de juin 2022

Région métropolitaine									
Vancouver	2 743	1 457	53,68	51,96 – 55,39	2 743	2 724	100,00	100,00 – 100,00	
Calgary	2 390	1 392	59,57	57,06 – 62,08	2 390	2 365	100,00	99,56 – 100,00	
Edmonton	1 995	1 103	57,70	55,25 – 60,16	1 995	1 979	100,00	99,93 – 100,00	
Ottawa	1 588	627	39,87	36,97 – 42,78	1 588	1 583	100,00	100,00 – 100,00	
Toronto	4 499	2 264	50,37	49,17 – 51,56	4 499	4 454	100,00	99,92 – 100,00	
Winnipeg	1 096	570	52,85	49,46 – 56,24	1 096	1 092	100,00	100,00 – 100,00	
Ethnicité^{1,2}									
Blanche	24 321	11 789	49,01	48,38 – 49,65	24 321	24 098	100,00	100,00 – 100,00	
Autochtone	403	223	56,54	51,62 – 61,45	403	398	99,90	98,77 – 100,00	
Asiatique	1 708	877	49,93	47,69 – 52,16	1 708	1 701	100,00	100,00 – 100,00	
Autres groupes racisés	3 470	2 111	62,32	60,78 – 63,87	3 470	3 442	100,00	100,00 – 100,00	
Défavorisation sociale³									
1 (moins défavorisés)	6 055	3 156	52,46	51,19 – 53,73	6 055	5 998	100,00	100,00 – 100,00	
2	6 097	2 971	49,43	48,16 – 50,71	6 097	6 027	100,00	99,78 – 100,00	
3	5 661	2 804	50,55	49,24 – 51,87	5 661	5 610	100,00	100,00 – 100,00	
4	5 108	2 507	49,61	48,23 – 50,98	5 108	5 068	100,00	100,00 – 100,00	
5 (plus défavorisés)	5 165	2 474	48,55	47,18 – 49,93	5 165	5 114	100,00	99,90 – 100,00	
Défavorisation matérielle³									
1 (moins défavorisés)	8 219	3 999	48,53	47,42 – 49,64	8 219	8 169	100,00	100,00 – 100,00	
2	6 919	3 349	49,46	48,26 – 50,66	6 919	6 848	100,00	99,98 – 100,00	
3	5 957	2 920	49,72	48,43 – 51,00	5 957	5 892	100,00	99,85 – 100,00	
4	4 446	2 278	51,95	50,51 – 53,40	4 446	4 394	99,97	99,65 – 100,00	
5 (plus défavorisés)	2 545	1 366	54,62	52,77 – 56,48	2 545	2 514	100,00	99,66 – 100,00	
Total	32 121	16 082	50,70	50,15 – 51,26	32 121	31 811	100,00	100,00 – 100,00	

¹ Au total, 2 219 donneurs (6,9 %) n'ont pas précisé leur ethnicité. La séroprévalence corrigée mesurée par le dosage des anticorps anti-N se situait à 48,37 % (IC à 95 %, 46,24 – 50,50), et par le dosage des anticorps anti-S, à 99,00 % (IC à 95 %, 98,38 – 99,63).

² En regroupant tous les groupes racisés, la séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 mesurée par le dosage des anticorps anti-N atteignait 58,03 % (IC à 95 %, 56,79 – 59,27), et par le dosage des anticorps anti-S, 100,00 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00).

³ Les codes postaux de 4 035 donneurs (12,6 %) n'étaient pas précisés. La séroprévalence corrigée mesurée par le dosage des anticorps anti-N se situait à 54,29 % (IC à 95 %, 52,75 – 55,82), et par le dosage des anticorps anti-S, à 100,00 % (IC à 95 %, 99,72 – 100,00).

Tableau 2. Évolution de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 selon **le dosage des anticorps antinucléocapsidiques (ou anti-N; indicateurs de l'infection naturelle)** entre mai et juin 2022, en fonction des variables sociodémographiques

	Mai 2022 (bruts)		Mai 2022 (corrigés)		Juin 2022 (bruts)		Juin 2022 (corrigés)		Valeur P*
	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	Intervalle de confiance à 95 %	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	Intervalle de confiance à 95 %	
Sexe									
Femmes	13 763	6 353	45,08	44,31 – 45,85	14 493	7 289	49,61	48,85 – 50,38	<0,0001
Hommes	18 001	8 270	47,63	46,84 – 48,43	17 628	8 793	51,86	51,07 – 52,65	<0,0001
Âge									
17 à 24 ans	2 464	1 601	64,47	62,96 – 65,98	2 354	1 569	66,29	64,81 – 67,77	0,0914
25 à 39 ans	8 515	4 692	55,74	54,63 – 56,85	8 162	4 908	60,62	59,53 – 61,71	<0,0001
40 à 59 ans	11 725	5 627	47,87	46,93 – 48,80	12 169	6 340	51,99	51,06 – 52,92	<0,0001
60 ans et plus	9 060	2 703	28,32	27,39 – 29,26	9 436	3 265	33,73	32,75 – 34,71	<0,0001
Province									
Colombie-Britannique	5 296	2 359	45,43	44,12 – 46,74	5 202	2 527	50,54	49,23 – 51,86	<0,0001
Alberta	6 020	3 241	55,79	54,36 – 57,22	6 415	3 771	60,86	59,45 – 62,26	<0,0001
Saskatchewan	1 349	652	50,03	47,23 – 52,82	1 555	822	55,45	52,66 – 58,23	0,0071
Manitoba	1 651	814	50,96	48,36 – 53,56	1 730	947	56,27	53,70 – 58,85	0,0045
Ontario	14 137	6 344	44,85	44,08 – 45,63	14 562	6 887	48,14	47,37 – 48,92	<0,0001
Nouveau-Brunswick	1 305	536	42,33	39,05 – 45,61	804	348	44,53	41,27 – 47,80	0,3516
Nouvelle-Écosse	1 388	479	34,52	31,71 – 37,32	1 276	506	41,49	38,58 – 44,40	0,0007
Île-du-Prince-Édouard	196	60	31,78	24,29 – 39,27	192	91	49,24	41,66 – 56,82	0,0016
Terre-Neuve-et-Labrador	422	138	33,00	29,29 – 36,71	385	183	45,72	41,78 – 49,66	<0,0001

Rapport sur la séroprévalence de la COVID-19
Enquête de juin 2022

Région métropolitaine									
Vancouver	2 731	1 363	49,39	47,64 – 51,13	2 743	1 457	53,68	51,96 – 55,39	0,0006
Calgary	2 253	1 198	54,87	52,36 – 57,38	2 390	1 392	59,57	57,06 – 62,08	0,0096
Edmonton	1 933	965	51,57	49,08 – 54,06	1 995	1 103	57,70	55,25 – 60,16	0,0006
Ottawa	1 256	462	36,34	33,41 – 39,27	1 588	627	39,87	36,97 – 42,78	0,0934
Toronto	4 869	2 332	46,67	45,50 – 47,83	4 499	2 264	50,37	49,17 – 51,56	<0,0001
Winnipeg	1 036	463	45,50	42,19 – 48,80	1 096	570	52,85	49,46 – 56,24	0,0024
Ethnicité^{1,2}									
Blanche	23 698	10 482	44,31	43,67 – 44,95	24 321	11 789	49,01	48,38 – 49,65	<0,0001
Autochtone	424	227	53,35	48,54 – 58,15	403	223	56,54	51,62 – 61,45	0,3633
Asiatique	1 795	842	46,03	43,88 – 48,18	1 708	877	49,93	47,69 – 52,16	0,0138
Autres groupes racisés	3 571	2 064	58,98	57,41 – 60,55	3 470	2 111	62,32	60,78 – 63,87	0,0030
Défavorisation sociale³									
1 (moins défavorisés)	5 922	2 872	49,06	47,79 – 50,33	6 055	3 156	52,46	51,19 – 53,73	0,0002
2	6 096	2 808	46,36	45,10 – 47,61	6 097	2 971	49,43	48,16 – 50,71	0,0007
3	5 684	2 450	43,37	42,07 – 44,68	5 661	2 804	50,55	49,24 – 51,87	<0,0001
4	5 138	2 358	46,03	44,66 – 47,40	5 108	2 507	49,61	48,23 – 50,98	0,0003
5 (plus défavorisés)	5 127	2 272	44,44	43,07 – 45,81	5 165	2 474	48,55	47,18 – 49,93	<0,0001
Défavorisation matérielle³									
1 (moins défavorisés)	7 769	3 389	43,54	42,43 – 44,66	8 219	3 999	48,53	47,42 – 49,64	<0,0001
2	6 898	3 162	46,21	45,02 – 47,41	6 919	3 349	49,46	48,26 – 50,66	<0,0001
3	5 788	2 683	46,66	45,36 – 47,96	5 957	2 920	49,72	48,43 – 51,00	0,0002
4	4 651	2 147	46,48	45,05 – 47,90	4 446	2 278	51,95	50,51 – 53,40	0,0011
5 (plus défavorisés)	2 861	1 379	49,06	47,28 – 50,84	2 545	1 366	54,62	52,77 – 56,48	<0,0001

Rapport sur la séroprévalence de la COVID-19
Enquête de juin 2022

Total	31 764	14 623	46,32	45,77 – 46,87	32 121	16 082	50,70	50,15 – 51,26	<0,0001
--------------	--------	--------	-------	---------------	--------	--------	-------	---------------	---------

*La valeur P reflète la différence entre les résultats de mai et ceux de juin,

¹ En mai, 2 276 donneurs (7,2 %) n'ont pas précisé leur ethnicité. La séroprévalence corrigée mesurée par le dosage des anticorps anti-N se situait à 44,39 % (IC à 95 %, 42,30 – 46,49). En juin, 2 219 donneurs (6,9 %) n'ont pas précisé leur ethnicité. La séroprévalence corrigée mesurée par le dosage des anticorps anti-N se situait à 48,37 % (IC à 95 %, 46,24 – 50,50).

² En mai, en regroupant tous les groupes racisés, la séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 mesurée par le dosage des anticorps anti-N atteignait 54,35 % (IC à 95 %, 53,12 – 55,58). En juin, en regroupant tous les groupes racisés, la séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 mesurée par le dosage des anticorps anti-N atteignait 58,03 % (IC à 95 %, 56,79 – 59,27).

³ En mai, les codes postaux de 3 797 donneurs (12,0 %) n'étaient pas précisés. La séroprévalence corrigée mesurée par le dosage des anticorps anti-N se situait à 49,28 % (IC à 95 %, 47,67 – 50,90). En juin, les codes postaux de 4 035 donneurs (12,6 %) n'étaient pas précisés. La séroprévalence corrigée mesurée par le dosage des anticorps anti-N se situait à 54,29 % (IC à 95 %, 52,75 – 55,82).

Tableau 3. Incidence mensuelle du SRAS-CoV-2 chez les donneurs ayant obtenu un résultat positif aux anticorps anti-S entre juin 2021 et juin 2022

Mois	Nombre total de donneurs soumis au test	Donneurs réguliers	Résultats antérieurs positifs aux anticorps anti-S et négatifs aux anticorps anti-N	Résultats positifs aux anticorps anti-S et anti-N		
				n	%	IC à 95 %
Juin	16 884	4 452	929	2	0,22	0,03 – 0,78
Juillet	8 457	2 853	1 054	5	0,47	0,15 – 1,10
Août	9 109	5 400	2 719	8	0,29	0,13 – 0,58
Septembre	9 363	5 728	2 915	3	0,10	0,02 – 0,30
Octobre	9 627	5 898	3 313	12	0,36	0,19 – 0,63
Novembre	9 018	5 290	3 318	20	0,60	0,37 – 0,93
Décembre	16 817	5 560	3 241	24	0,74	0,48 – 1,10
Janvier	32 505	11 296	6 973	362	5,19	4,68 – 5,74
Février	28 616	10 200	7 065	1 099	15,56	14,72 – 16,42
Mars	26 056	10 650	7 753	1 359	17,53	16,69 – 18,39
Avril	29 786	14 128	10 365	2 279	21,99	21,19 – 22,80
Mai	31 764	15 665	11 344	3 519	31,02	30,17 – 31,88
Juin	32 121	16 134	11 075	3 565	32,19	31,32 – 33,07

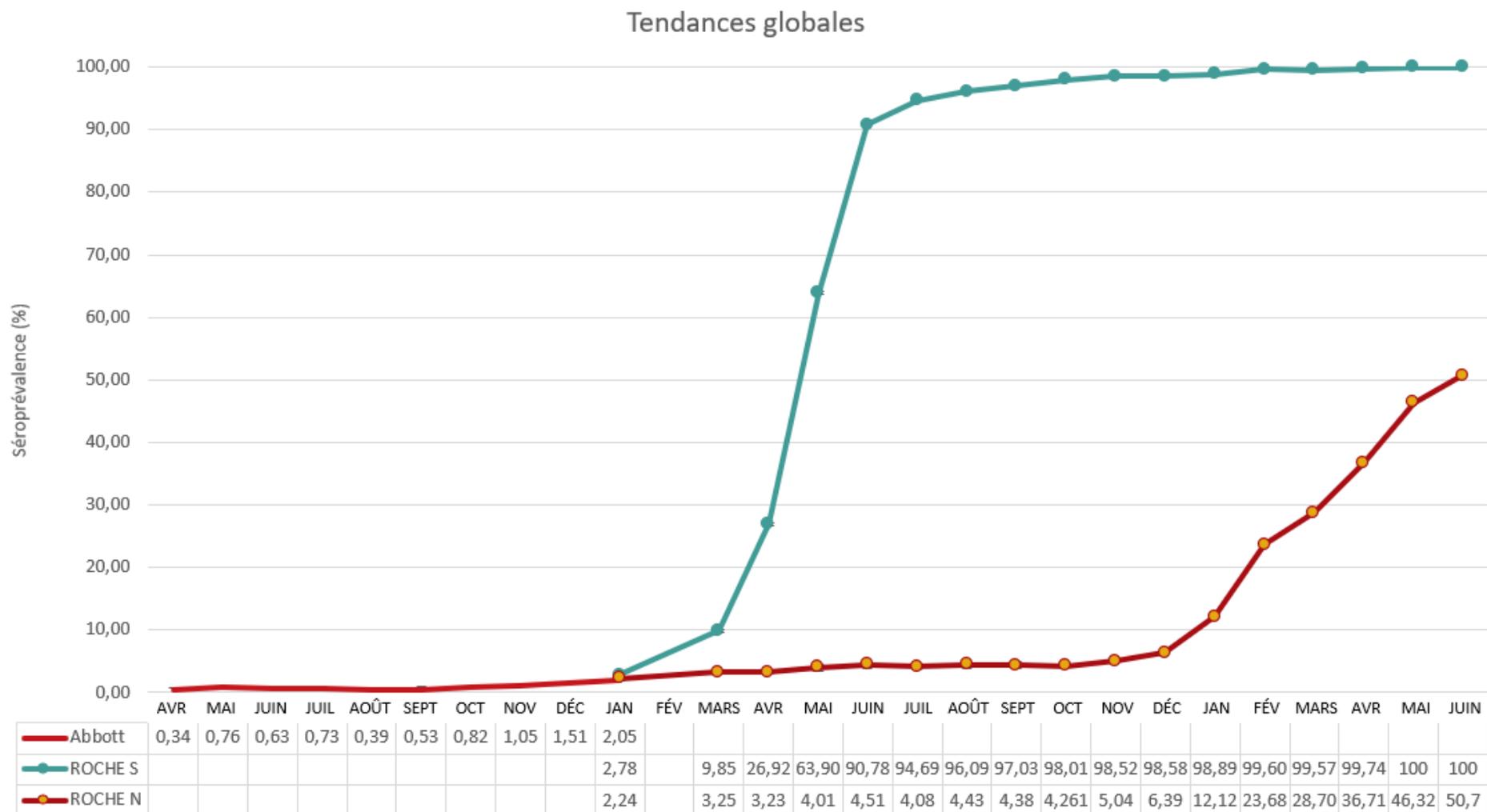
Remarque : Un don est considéré comme une infection fortuite potentielle si les donneurs ont obtenu un résultat positif aux anticorps anti-S et négatif aux anticorps anti-N lors de leur don précédent, puis un résultat positif aux anticorps anti-S et anti-N lors du don suivant.

Tableau 4. Incidence mensuelle du SRAS-CoV-2 chez les donneurs ayant obtenu un résultat négatif aux anticorps anti-S entre juin 2021 et juin 2022

Mois	Nombre total des donneurs soumis au test	Donneurs réguliers	Résultats antérieurs négatifs aux anticorps anti-S et anti-N	Résultats positifs aux anticorps anti-S et anti-N		
				n	%	IC à 95 %
Juin	16 884	4 452	3 409	52	1,53	1,14 – 2,00
Juillet	8 457	2 853	1 697	24	1,41	0,91 – 2,10
Août	9 109	5 400	2 487	29	1,17	0,78 – 1,67
Septembre	9 363	5 728	2 628	53	2,02	1,51 – 2,63
Octobre	9 627	5 898	2 385	61	2,56	1,96 – 3,27
Novembre	9 018	5 290	1 754	56	3,19	2,42 – 4,13
Décembre	16 817	5 560	2 073	81	3,91	3,11 – 4,83
Janvier	32 505	11 296	3 924	358	9,12	8,24 – 10,07
Février	28 616	10 200	2 666	632	23,71	22,10 – 25,37
Mars	26 056	10 650	2 138	630	29,47	27,54 – 31,45
Avril	29 786	14 128	2 143	797	37,19	35,14 – 39,28
Mai	31 764	15 665	1 907	893	46,83	44,57 – 49,10
Juin	32 121	16 134	1 784	934	52,35	50,01 – 54,69

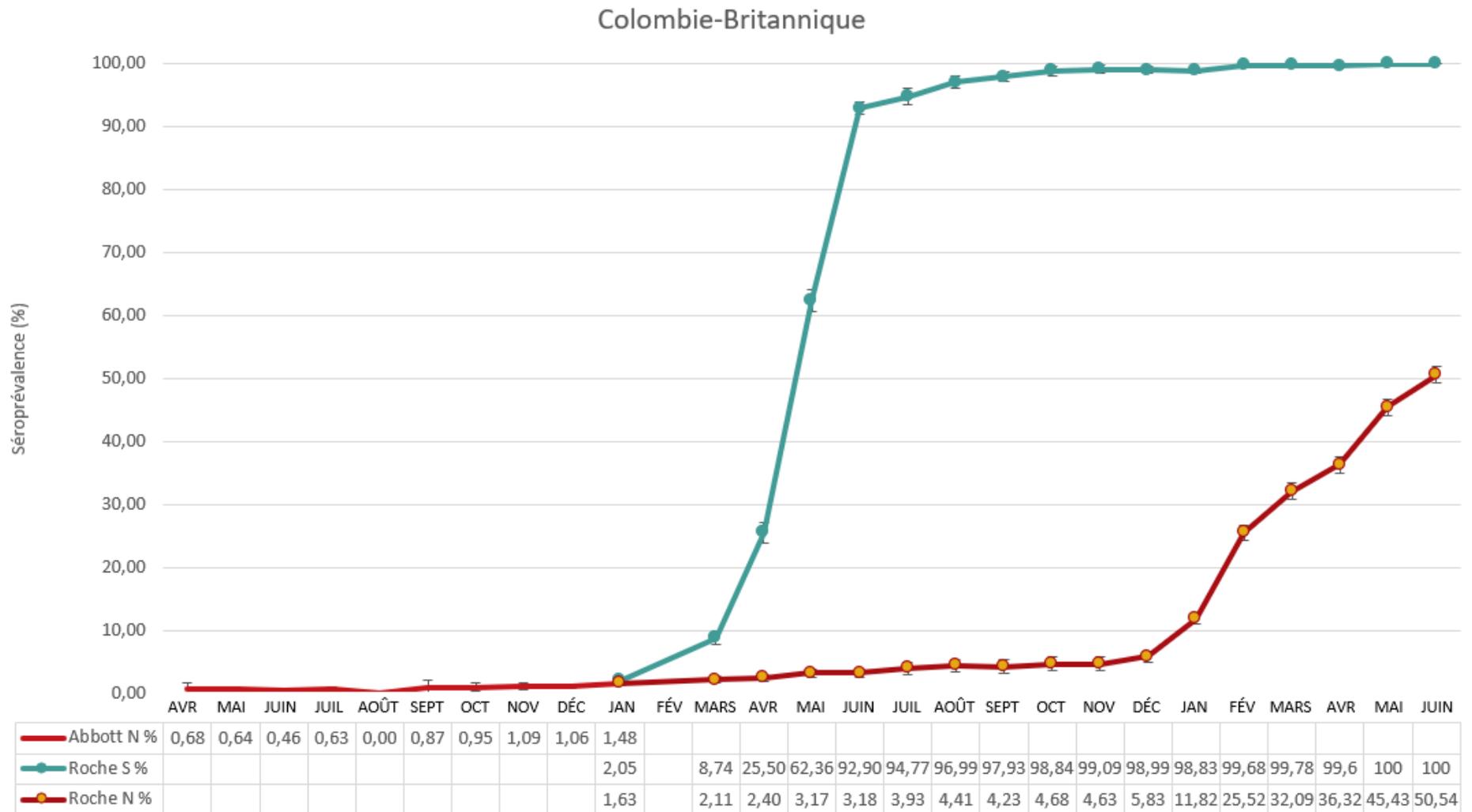
Remarque : Un don est considéré comme une infection fortuite potentielle si les donneurs ont obtenu un résultat négatif aux anticorps anti-S et anti-N lors de leur don précédent, puis un résultat positif aux anticorps anti-S et anti-N lors du don suivant.

Figure 1. Tendances temporelles globales mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre avril 2020 et juin 2022 (en comparant les résultats des dosages anti-N d'Abbott jusqu'en janvier 2021, puis des évaluations de la séroprévalence à l'aide des résultats des dosages anti-N et anti-S de Roche)

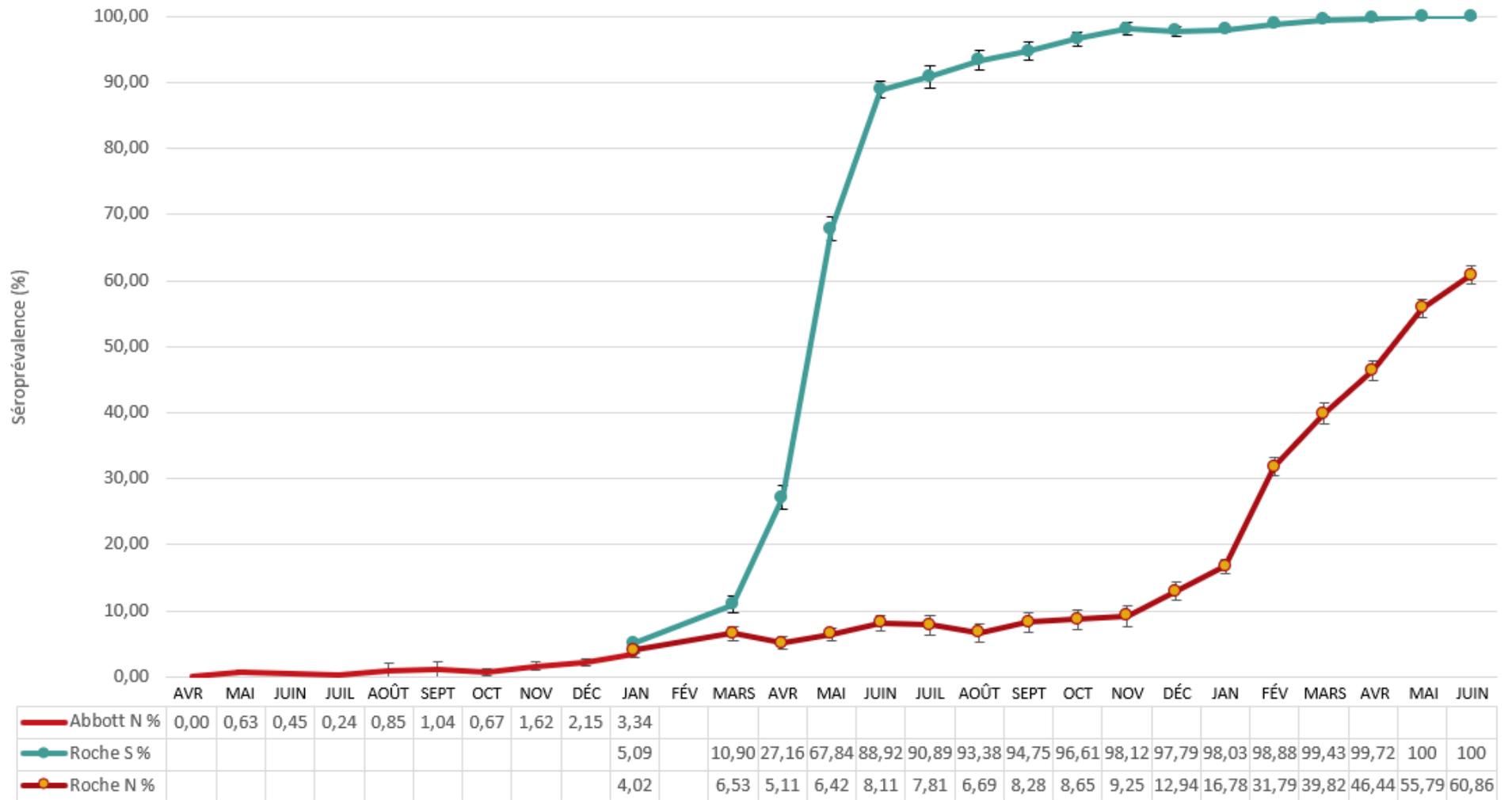


Remarques : La séroprévalence du SRAS-CoV-2 (IC à 95 %) est pondérée et corrigée pour tenir compte des caractéristiques des dosages. Les données de l'étude financée par les IRSC (Correlates of Immunity), réalisée entre le 9 avril 2020 et le 31 janvier 2021, sont incluses dans les résultats.

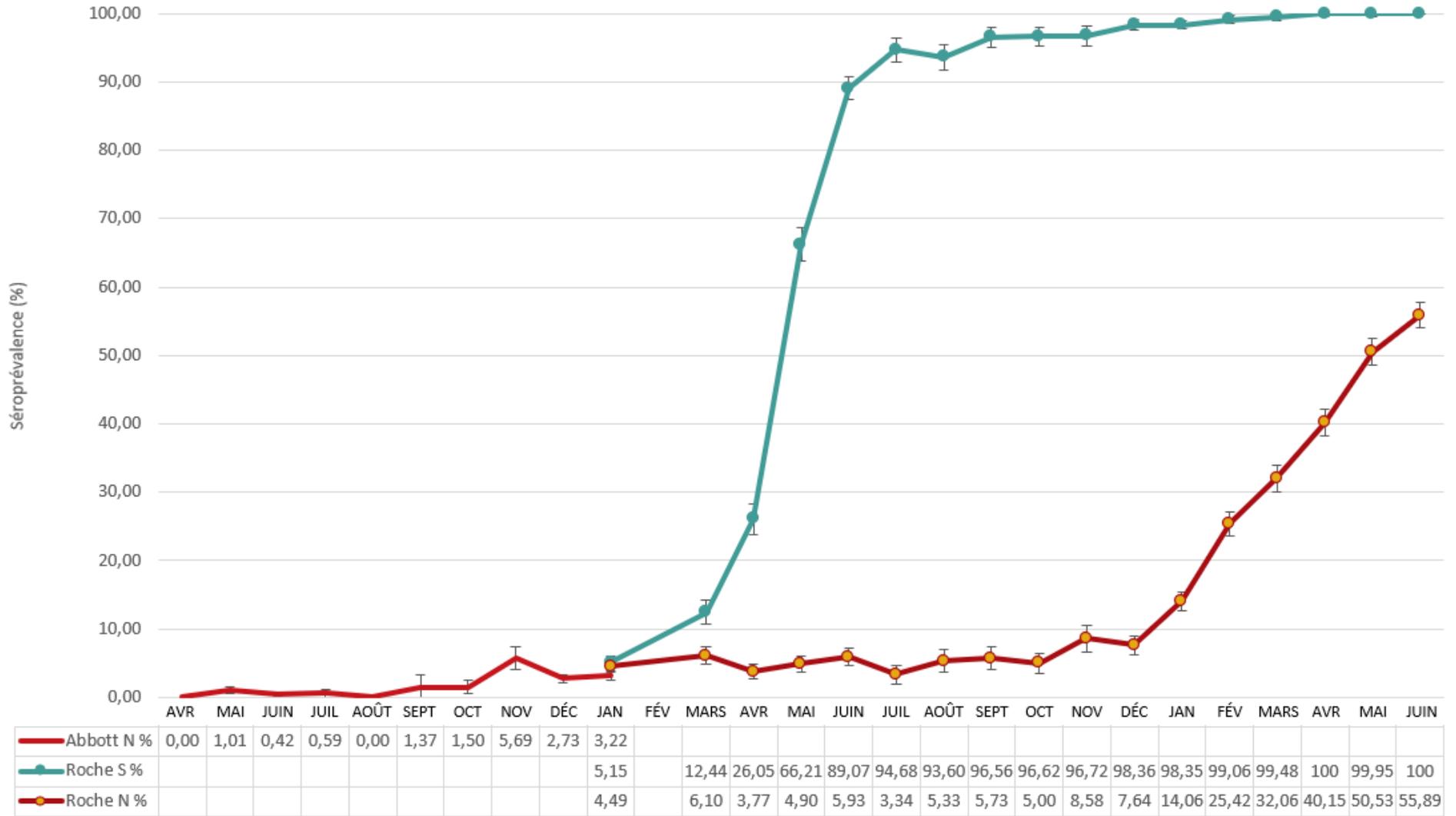
Figure 2. Tendances temporelles régionales mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre avril 2020 et juin 2022 (en fonction des dosages anti-N d'Abbott, puis des dosages anti-N et anti-S de Roche)



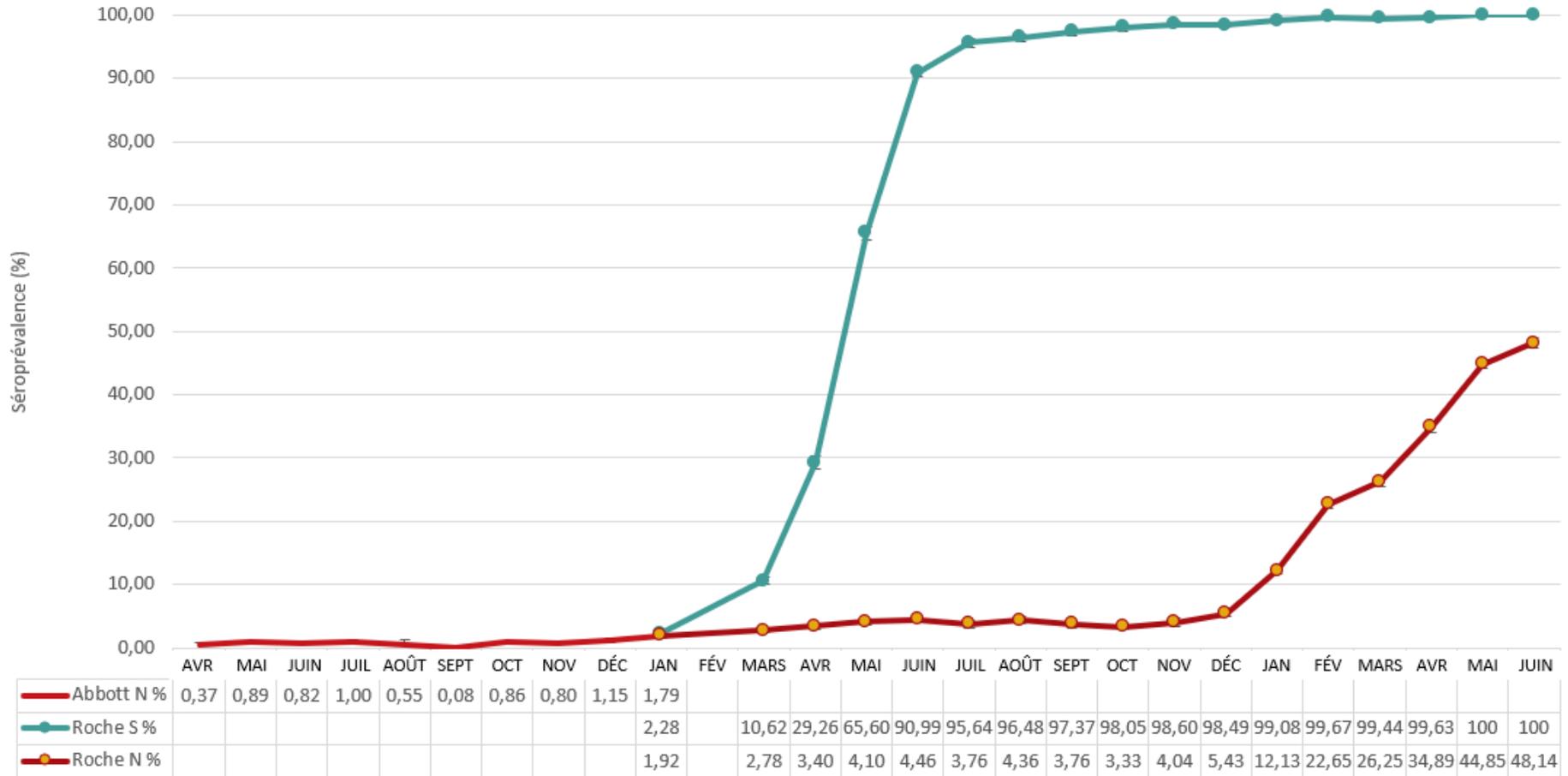
Alberta

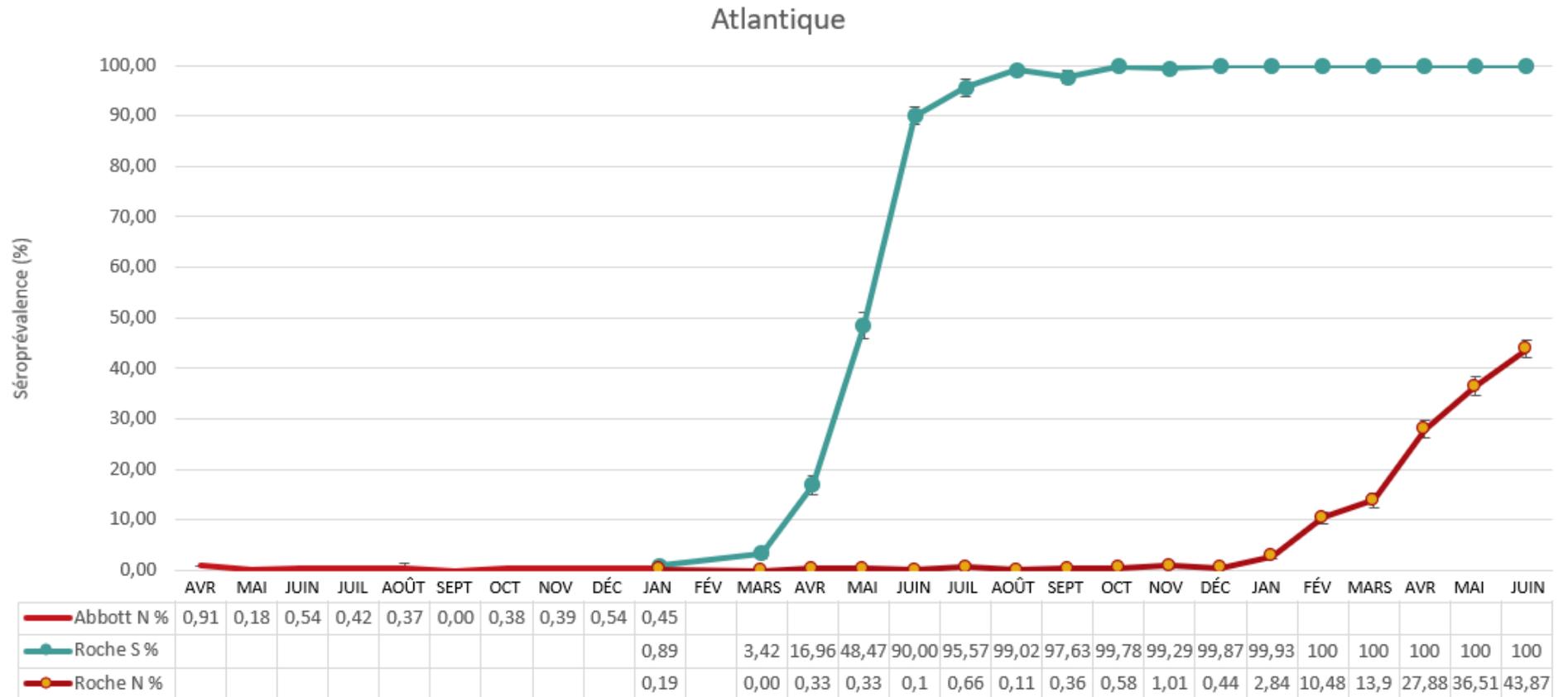


Prairies



Ontario





Remarques : La séroprévalence du SRAS-CoV-2 (IC à 95 %) est pondérée et corrigée pour tenir compte des caractéristiques des dosages. Les données de l'étude financée par les IRSC (Correlates of Immunity), réalisée entre le 9 avril 2020 et le 31 janvier 2021, sont incluses dans les résultats.

Figure 3. Répartition des résultats des concentrations d'anticorps antispiculaires (anti-S) transformées en logarithmes (U/mL) (le cercle gris représente la valeur médiane et la barre représente l'écart interquartile) des dons séropositifs aux anticorps anti-S entre septembre 2021 et juin 2022, stratifiés par tranche d'âge

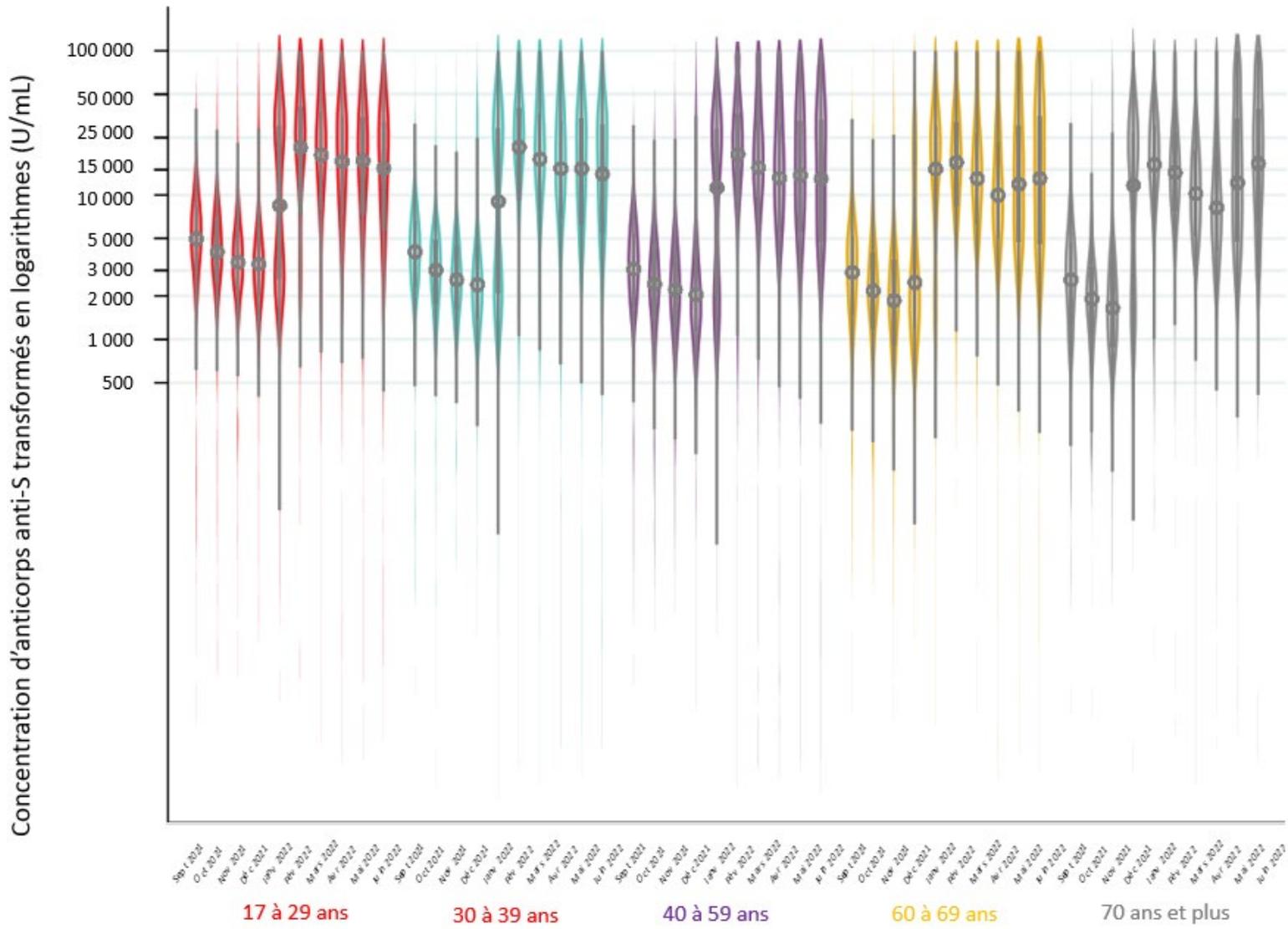
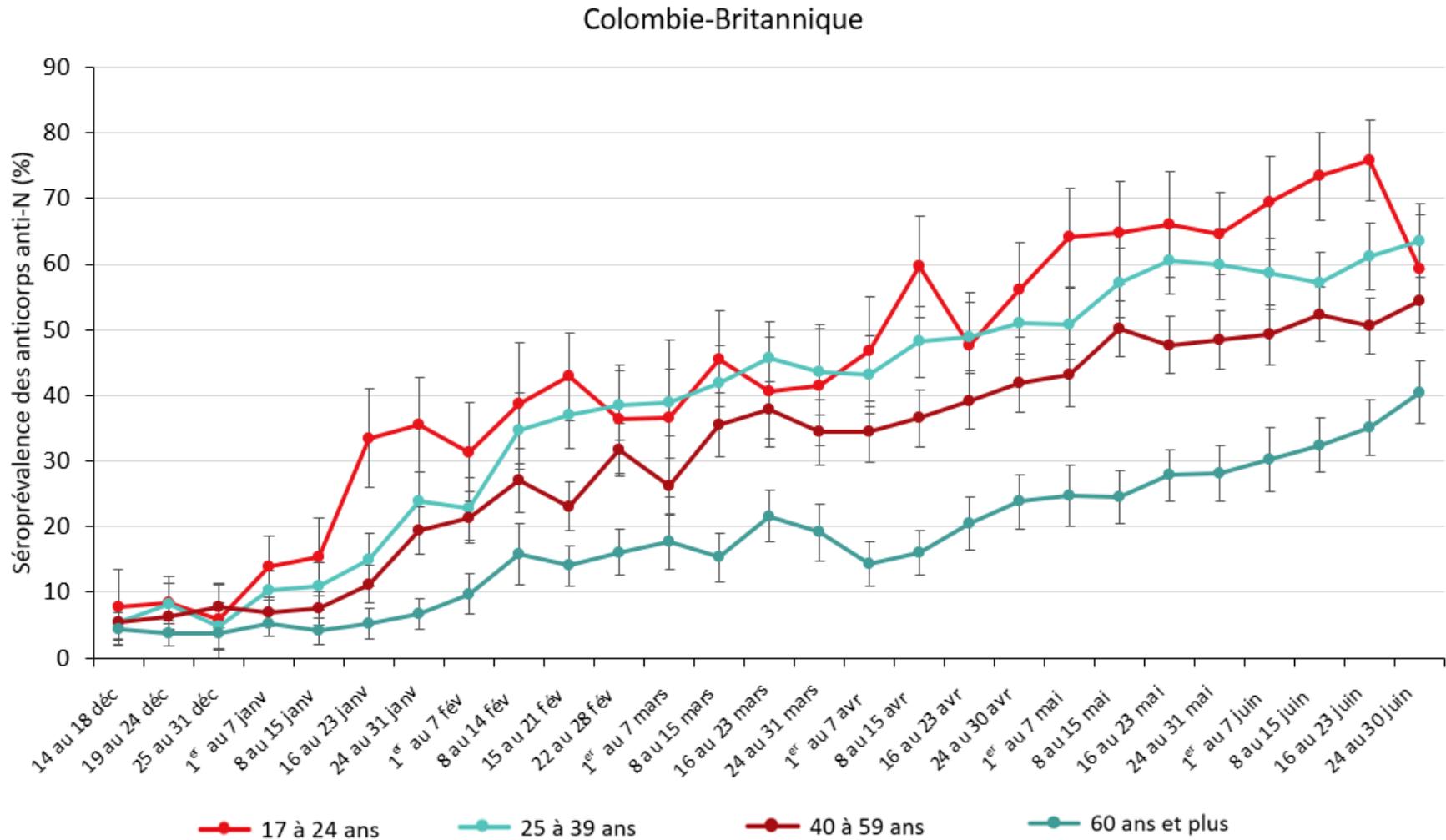
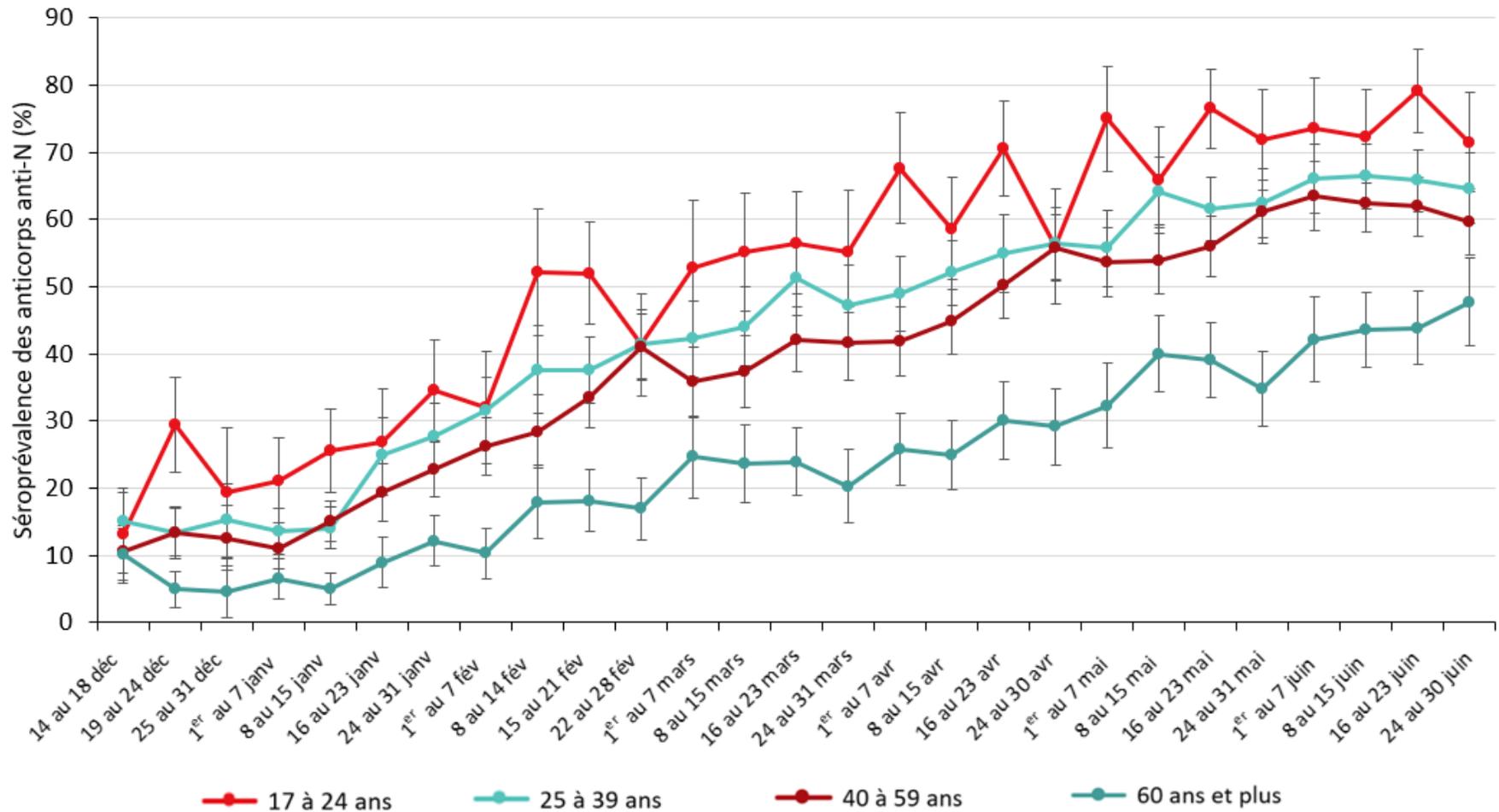


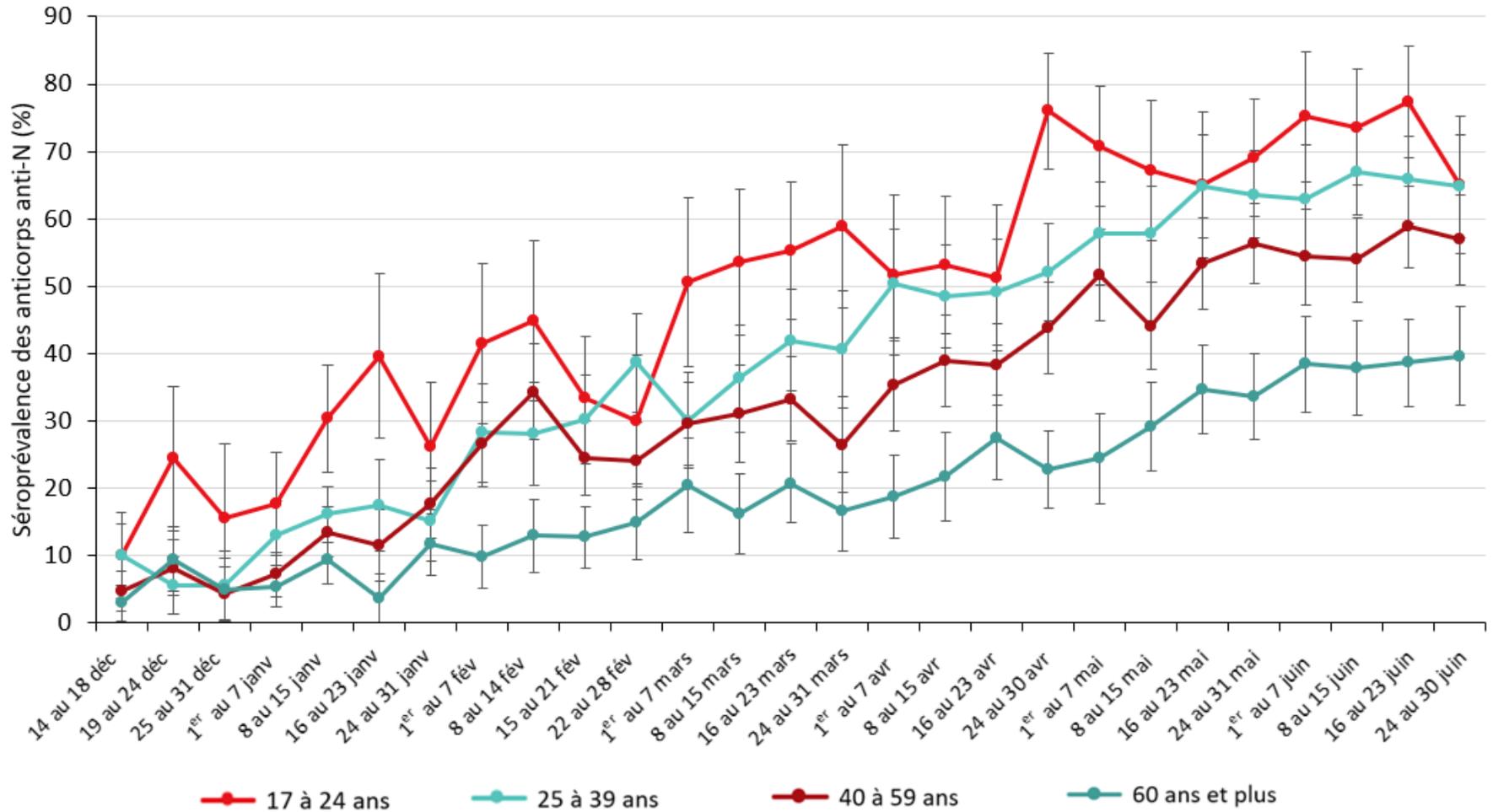
Figure 4. Tendances temporelles régionales hebdomadaires de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 (indicateurs de l'infection) entre décembre 2021 et juin 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-N et des tranches d'âge



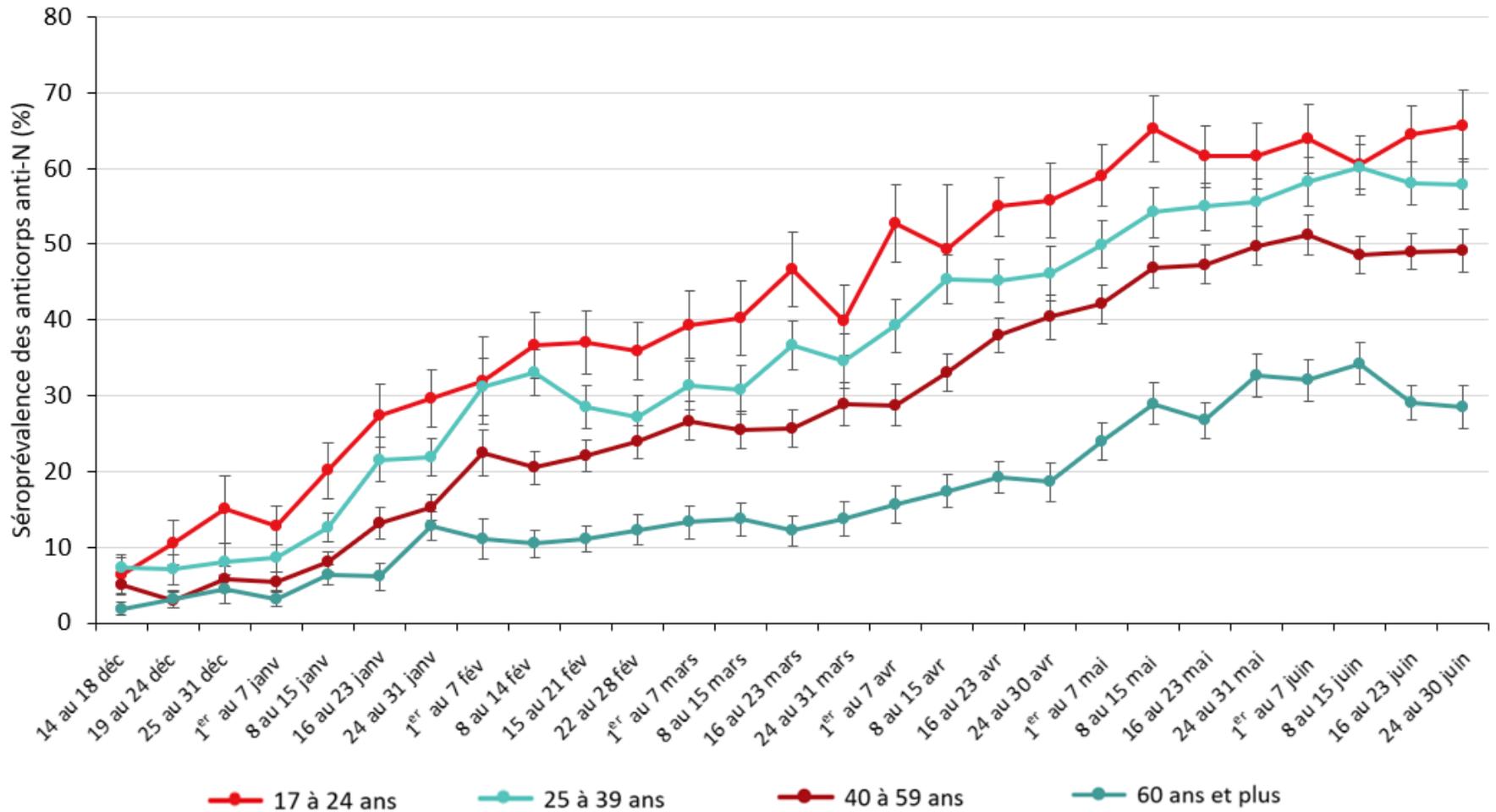
Alberta



Prairies



Ontario



Atlantique

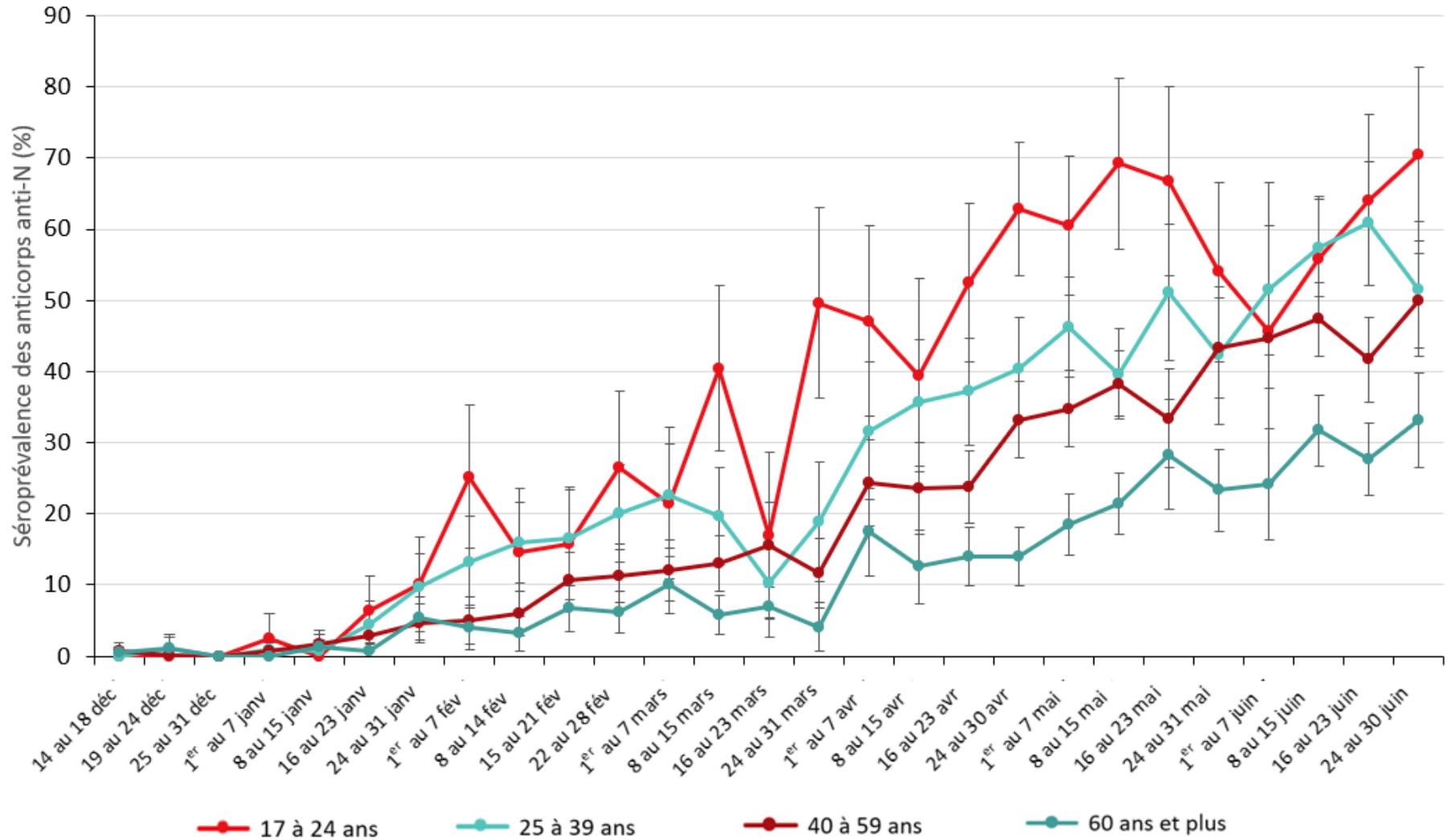


Figure 5A. Tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre janvier 2021 et juin 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-N et de l'ethnicité

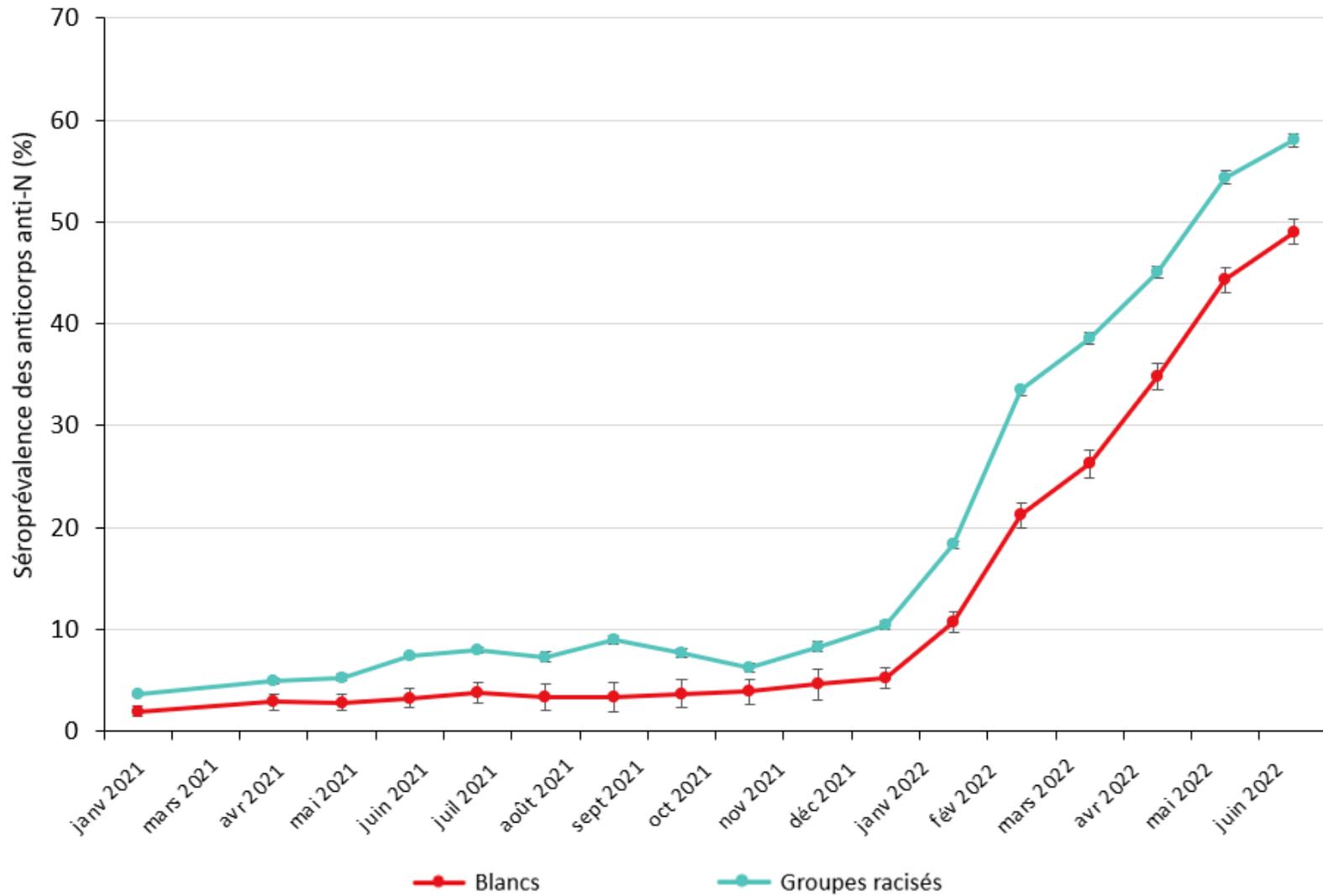


Figure 5B. Tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre janvier 2021 et juin 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-S et de l'ethnicité

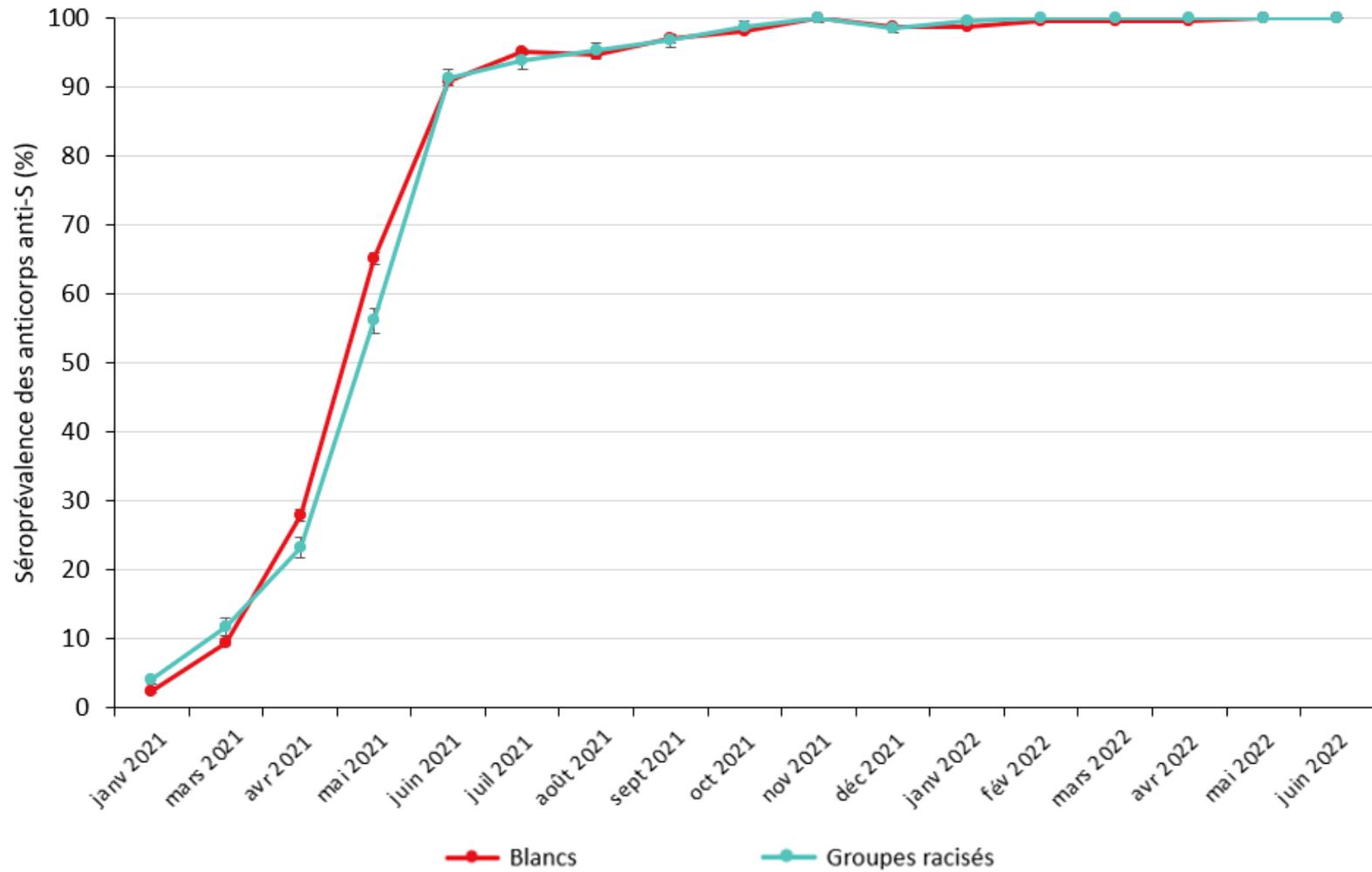


Figure 5C. Tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre janvier 2021 et juin 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-N et des tranches d'âge

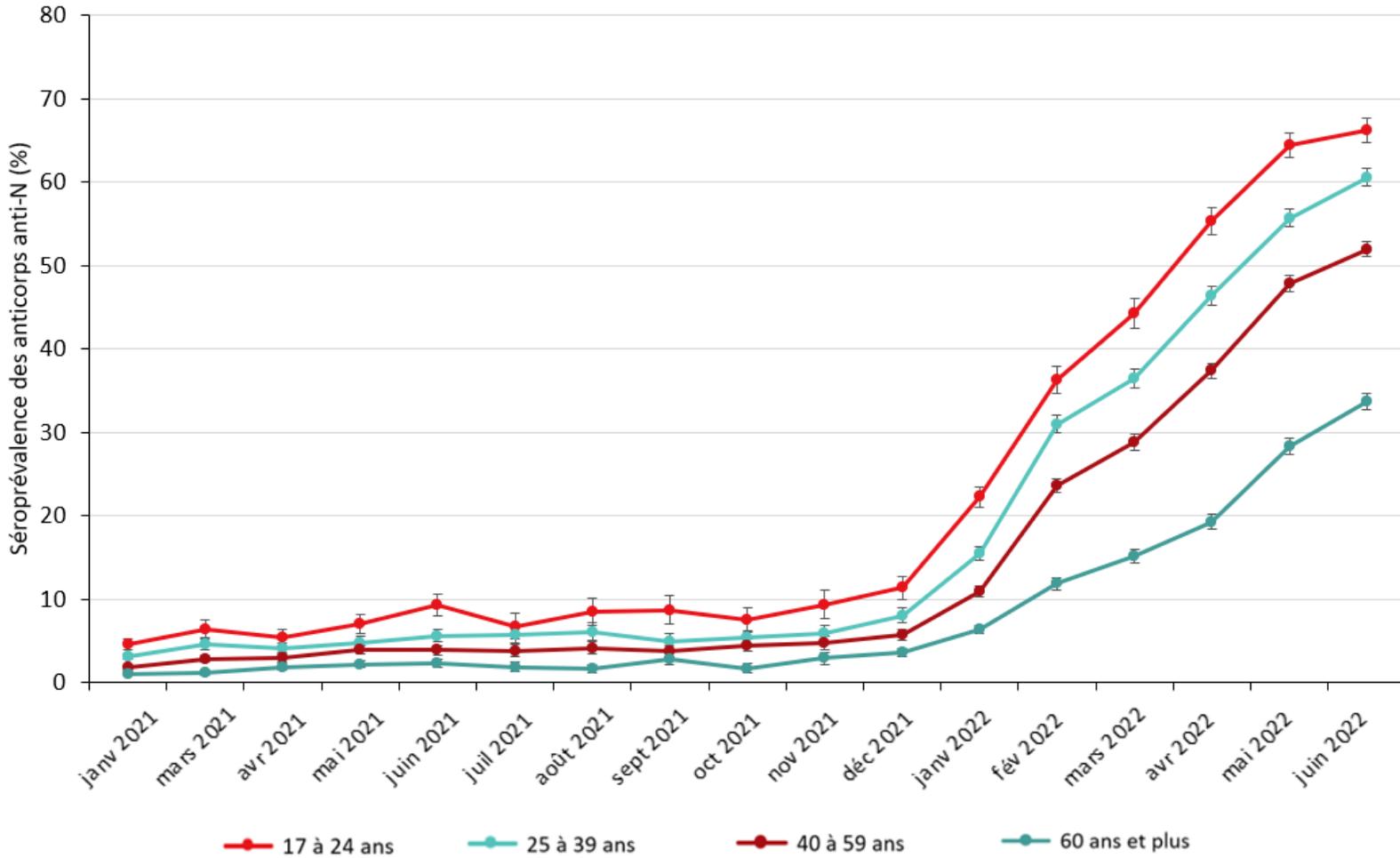


Figure 5D. Tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre janvier 2021 et juin 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-S et des tranches d'âge

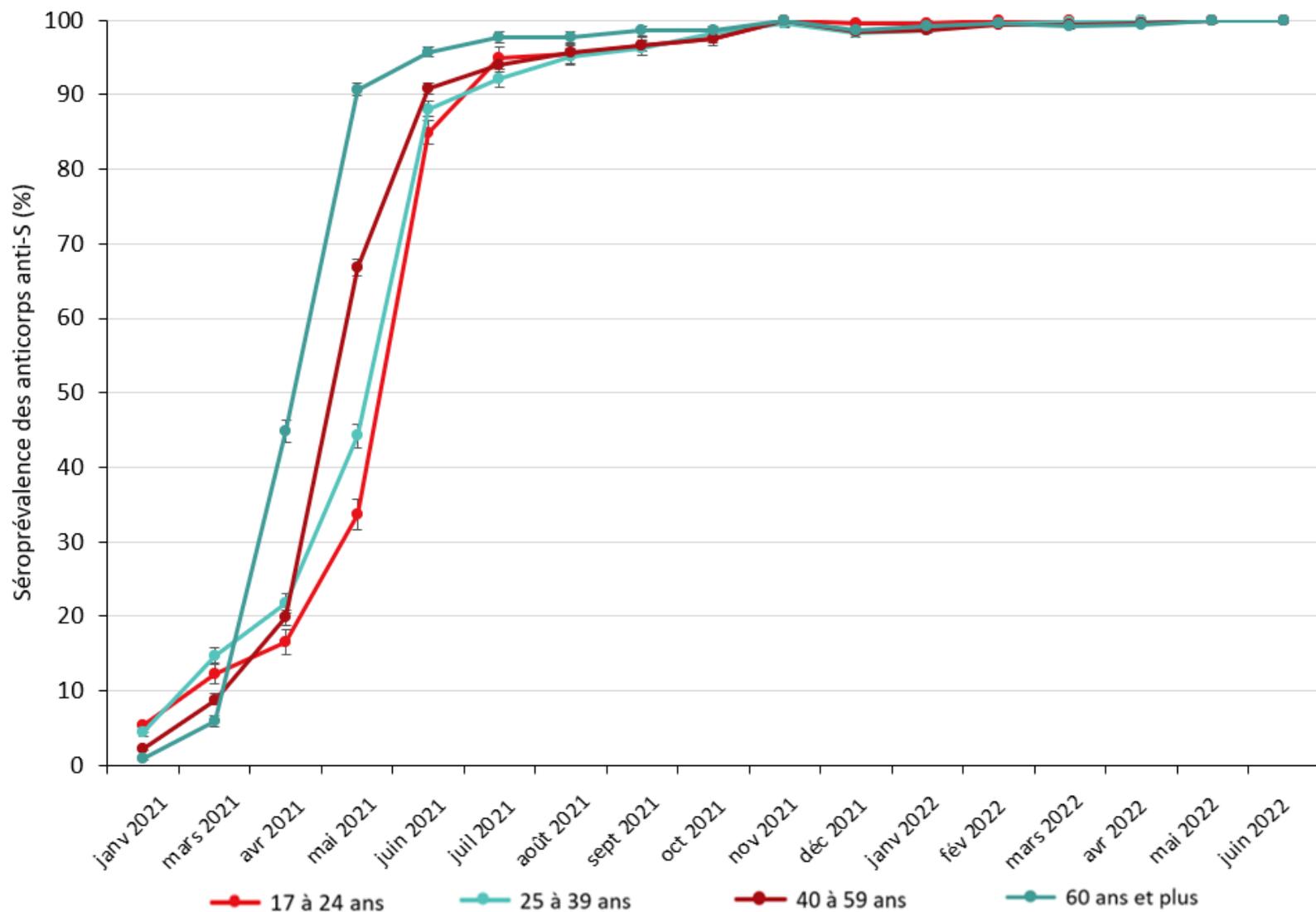


Figure 5E. Tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre janvier 2021 et juin 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-N et de la défavorisation matérielle (1 = moins défavorisés et 5 = plus défavorisés)

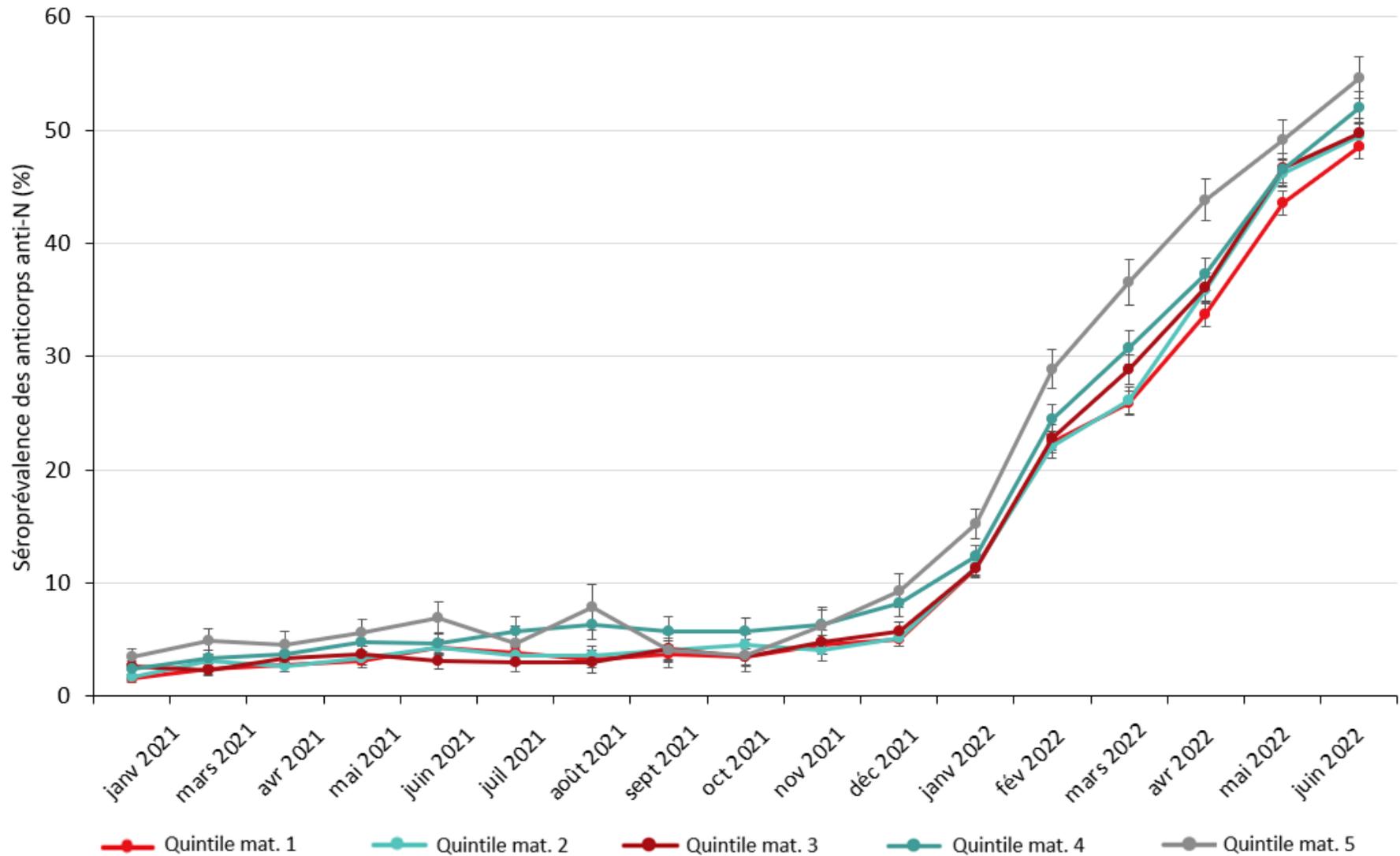


Figure 5F. Tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre janvier 2021 et juin 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-S et de la défavorisation matérielle (1 = moins défavorisés et 5 = plus défavorisés)

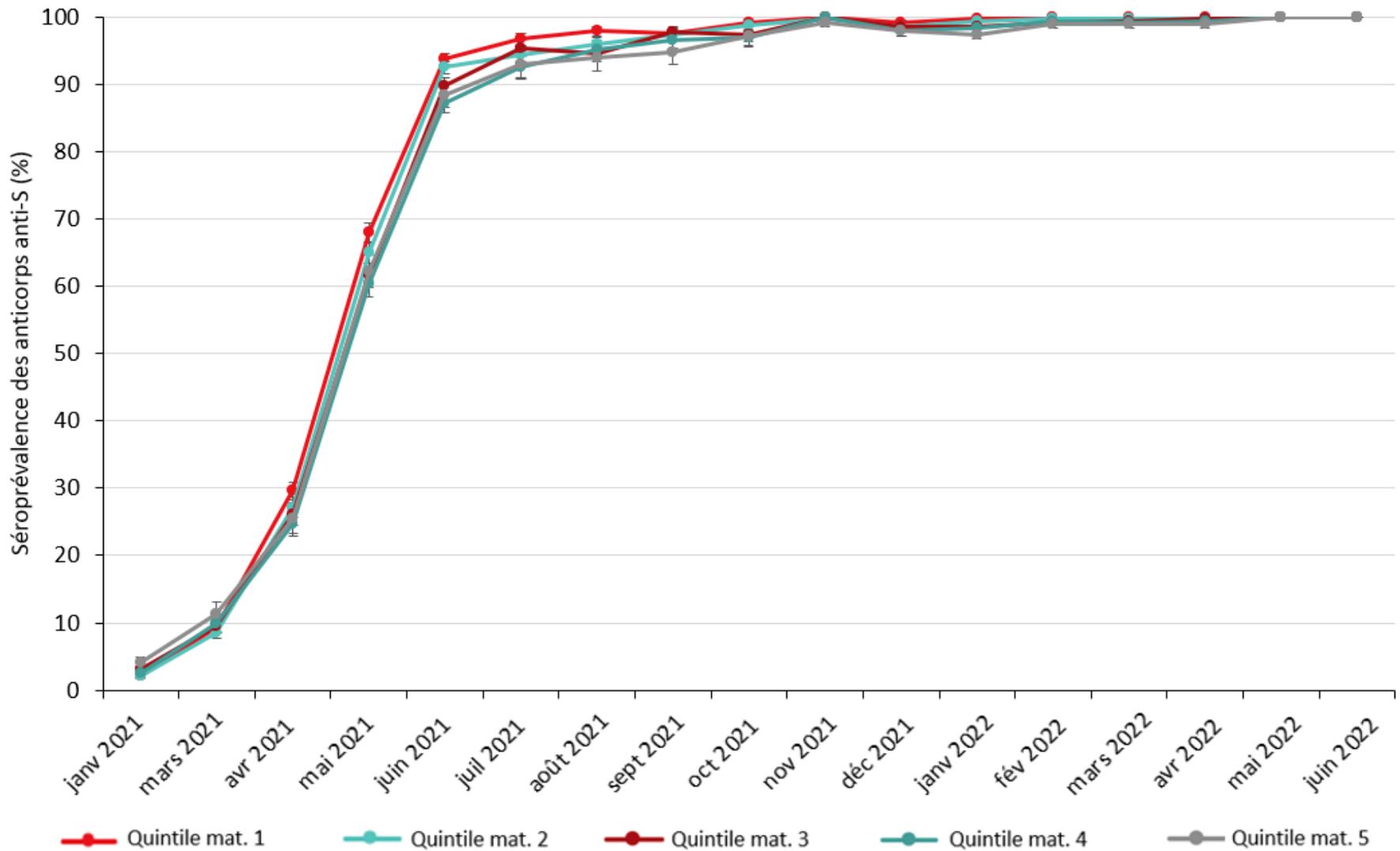


Figure 5G. Tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre janvier 2021 et juin 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-N et de la défavorisation sociale (1 = moins défavorisés et 5 = plus défavorisés)

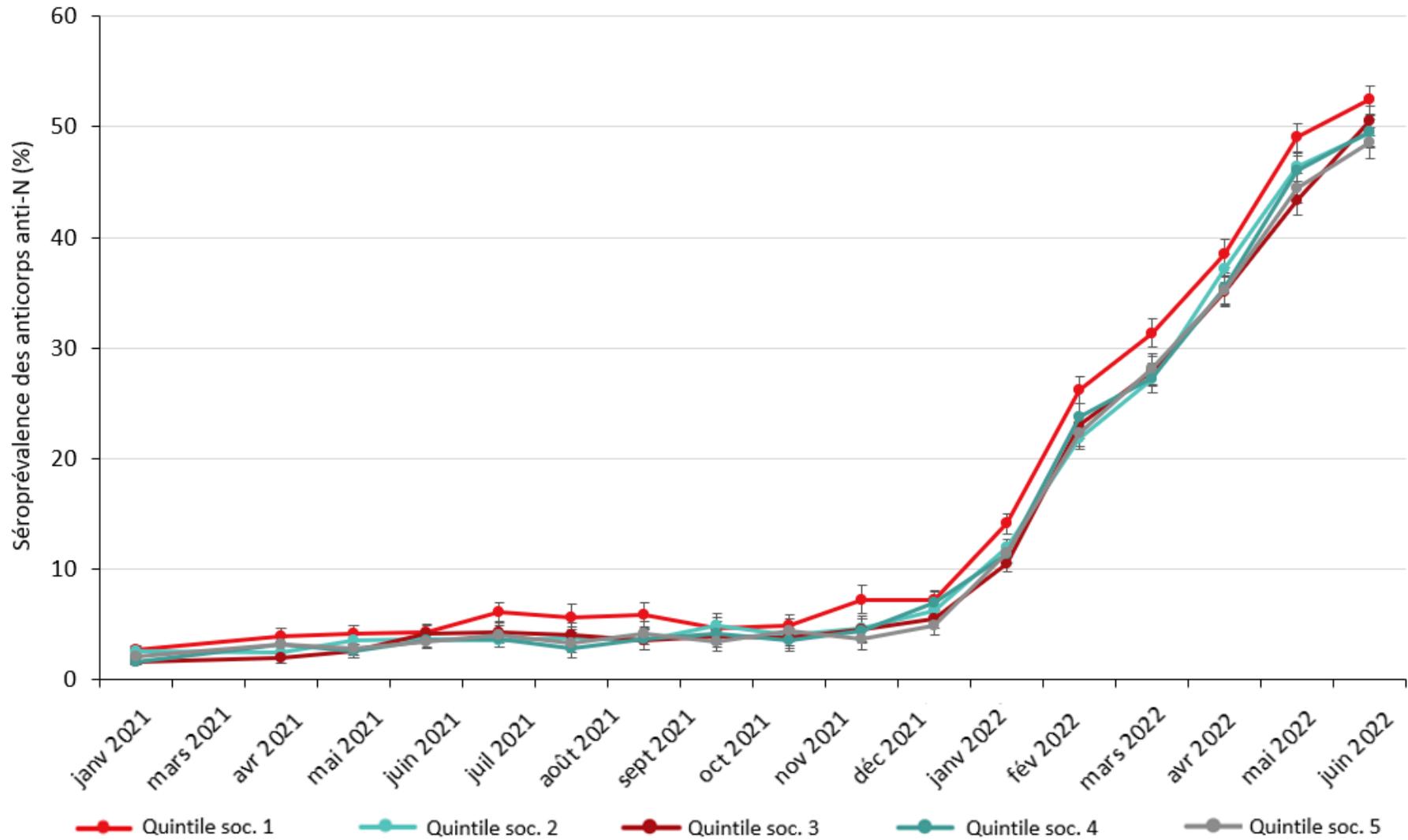


Figure 5H. Tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre janvier 2021 et juin 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-S et de la défavorisation sociale (1 = moins défavorisés et 5 = plus défavorisés)

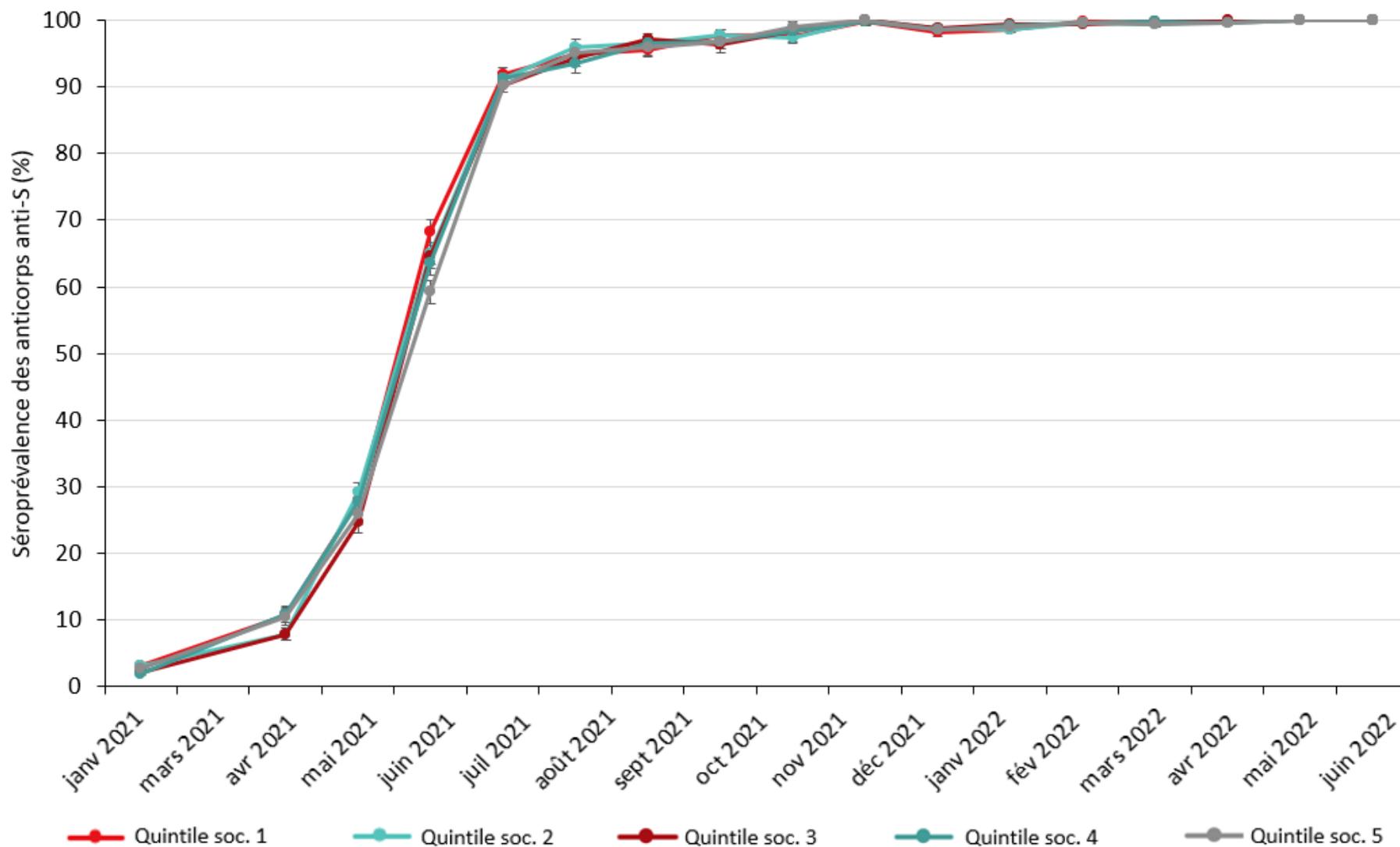


Tableau A1.1 Séroprévalence du SRAS-CoV-2 en Colombie-Britannique en juin 2022, en fonction de la comparaison des résultats des anticorps anti-N et anti-S

	Résultats des anticorps anti-N (indicateurs de l'infection naturelle)				Résultats des anticorps anti-S (indicateurs d'une immunité humorale par l'infection naturelle ou la vaccination)			
	Bruts		Corrigés		Bruts		Corrigés	
	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	Intervalle de confiance à 95 %	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	Intervalle de confiance à 95 %
Sexe								
Femmes	2 364	1 149	50,51	48,67 – 52,34	2 364	2 350	100,00	100,00 – 100,00
Hommes	2 838	1 378	50,58	48,69 – 52,47	2 838	2 804	99,98	99,57 – 100,00
Âge								
17 à 24 ans	303	208	69,42	65,85 – 72,99	303	302	100,00	99,79 – 100,00
25 à 39 ans	1 308	767	59,36	56,70 – 62,02	1 308	1 303	100,00	100,00 – 100,00
40 à 59 ans	1 919	985	51,95	49,71 – 54,19	1 919	1 900	100,00	99,78 – 100,00
60 ans et plus	1 672	567	34,89	32,61 – 37,16	1 672	1 649	99,74	99,17 – 100,00
Défavorisation matérielle¹								
1 (moins défavorisés)	1 286	617	49,39	46,76 – 52,02	1 286	1 282	100,00	100,00 – 100,00
2	1 247	579	48,54	45,81 – 51,28	1 247	1 234	99,87	99,24 – 100,00
3	944	453	49,98	46,90 – 53,07	944	932	99,93	99,24 – 100,00
4	712	354	52,12	48,61 – 55,62	712	703	100,00	99,26 – 100,00
5 (plus défavorisés)	380	201	53,59	48,85 – 58,34	380	378	100,00	99,14 – 100,00
Total	5 202	2 527	50,54	49,23 – 51,86	5 202	5 154	100,00	100,00 – 100,00

¹ Les codes postaux de 633 donneurs (12,2 %) n'étaient pas précisés et n'ont pas pu être inclus dans les quintiles de défavorisation matérielle. Les résultats de 323 des 633 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-N. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 parmi les codes postaux manquants s'élevait à 53,88 % (IC à 95 %, 50,09 – 57,68) et les résultats de 625 des 633 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-S. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 s'élevait à 99,89 % (IC à 95 %, 99,02 – 100,00).

Tableau A1.2 Séroprévalence du SRAS-CoV-2 en Alberta en juin 2022, en fonction de la comparaison des résultats des anticorps anti-N et anti-S

	Résultats des anticorps anti-N (indicateurs de l'infection naturelle)				Résultats des anticorps anti-S (indicateurs d'une immunité humorale par l'infection naturelle ou la vaccination)			
	Bruts		Corrigés		Bruts		Corrigés	
	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	Intervalle de confiance à 95 %	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	Intervalle de confiance à 95 %
Sexe								
Femmes	2 889	1 708	59,68	57,69 – 61,68	2 889	2 867	100,00	99,92 – 100,00
Hommes	3 526	2 063	62,04	60,06 – 64,02	3 526	3 482	100,00	99,56 – 100,00
Âge								
17 à 24 ans	538	396	74,67	71,16 – 78,18	538	536	100,00	99,98 – 100,00
25 à 39 ans	1 800	1 169	66,13	63,64 – 68,63	1 800	1 783	100,00	99,49 – 100,00
40 à 59 ans	2 369	1 446	62,15	59,78 – 64,52	2 369	2 345	100,00	99,56 – 100,00
60 ans et plus	1 708	760	44,09	41,08 – 47,09	1 708	1 685	99,98	99,31 – 100,00
Défavorisation matérielle¹								
1 (moins défavorisés)	2 314	1 321	58,87	56,42 – 61,31	2 314	2 297	100,00	100,00 – 100,00
2	1 263	702	58,22	55,03 – 61,41	1 263	1 252	100,00	99,55 – 100,00
3	933	561	61,59	57,99 – 65,19	933	920	99,79	98,92 – 100,00
4	585	360	63,16	58,82 – 67,50	585	582	100,00	99,39 – 100,00
5 (plus défavorisés)	271	178	67,92	61,55 – 74,29	271	258	96,57	93,71 – 99,44
Total	6 415	3 771	60,86	59,45 – 62,26	6 415	6 349	100,00	99,91 – 100,00

¹ Les codes postaux de 1 049 donneurs (16,4 %) n'étaient pas précisés et n'ont pas pu être inclus dans les quintiles de défavorisation matérielle. Les résultats de 649 des 1 049 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-N. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 parmi les codes postaux manquants s'élevait à 63,98 % (IC à 95 %, 60,62 – 67,34) et les résultats de 1 040 des 1049 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-S. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 s'élevait à 99,87 % (IC à 95 %, 99,07 – 100,00).

Tableau A1.3 Séroprévalence du SRAS-CoV-2 en Saskatchewan en juin 2022, en fonction de la comparaison des résultats des anticorps anti-N et anti-S

	Résultats des anticorps anti-N (indicateurs de l'infection naturelle)				Résultats des anticorps anti-S (indicateurs d'une immunité humorale par l'infection naturelle ou la vaccination)			
	Bruts		Corrigés		Bruts		Corrigés	
	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	Intervalle de confiance à 95 %	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	Intervalle de confiance à 95 %
Sexe								
Femmes	721	388	55,39	51,48 – 59,31	721	711	99,75	98,80 – 100,00
Hommes	834	434	55,51	51,54 – 59,47	834	828	100,00	99,37 – 100,00
Âge								
17 à 24 ans	122	85	71,15	64,07 – 78,24	122	121	99,24	97,10 – 100,00
25 à 39 ans	392	258	67,48	62,37 – 72,58	392	391	100,00	99,20 – 100,00
40 à 59 ans	551	304	55,47	50,60 – 60,34	551	543	99,67	98,46 – 100,00
60 ans et plus	490	175	36,72	31,61 – 41,83	490	484	99,81	98,56 – 100,00
Défavorisation matérielle¹								
1 (moins défavorisés)	500	251	51,60	46,39 – 56,80	500	495	99,92	98,75 – 100,00
2	365	200	58,65	53,03 – 64,28	365	361	99,54	98,09 – 100,00
3	291	142	52,10	45,83 – 58,36	291	288	99,53	97,93 – 100,00
4	123	67	55,31	45,67 – 64,95	123	121	99,63	97,22 – 100,00
5 (plus défavorisés)	56	29	50,79	35,22 – 66,37	56	55	98,76	93,94 – 100,00
Total	1 555	822	55,45	52,66 – 58,23	1 555	1 539	99,96	99,34 – 100,00

¹ Les codes postaux de 220 donneurs (14,1 %) n'étaient pas précisés et n'ont pas pu être inclus dans les quintiles de défavorisation matérielle. Les résultats de 113 des 220 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-N. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 parmi les codes postaux manquants s'élevait à 63,03 % (IC à 95 %, 56,15 – 69,92) et les résultats de 219 des 220 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-S. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 s'élevait à 99,70 % (IC à 95 %, 99,97 – 100,00).

Tableau A1.4 Séroprévalence du SRAS-CoV-2 au Manitoba en juin 2022, en fonction de la comparaison des résultats des anticorps anti-N et anti-S

	Résultats des anticorps anti-N (indicateurs de l'infection naturelle)				Résultats des anticorps anti-S (indicateurs d'une immunité humorale par l'infection naturelle ou la vaccination)			
	Bruts		Corrigés		Bruts		Corrigés	
	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	Intervalle de confiance à 95 %	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	Intervalle de confiance à 95 %
Sexe								
Femmes	794	444	55,93	52,33 – 59,54	794	791	100,00	99,99 – 100,00
Hommes	936	503	56,63	52,95 – 60,31	936	931	100,00	99,74 – 100,00
Âge								
17 à 24 ans	172	125	74,49	68,33 – 80,65	172	172	100,00	98,87 – 100,00
25 à 39 ans	393	246	63,42	58,44 – 68,40	393	392	100,00	99,45 – 100,00
40 à 59 ans	666	375	56,53	52,08 – 60,97	666	664	100,00	99,79 – 100,00
60 ans et plus	499	201	40,42	35,57 – 45,26	499	494	99,71	98,51 – 100,00
Défavorisation matérielle¹								
1 (moins défavorisés)	375	166	45,03	39,20 – 50,85	375	374	100,00	99,23 – 100,00
2	329	180	54,67	48,63 – 60,72	329	327	99,73	98,27 – 100,00
3	356	201	57,43	51,88 – 62,98	356	356	100,00	99,71 – 100,00
4	262	170	68,03	61,91 – 74,14	262	261	100,00	98,61 – 100,00
5 (plus défavorisés)	137	72	52,37	43,22 – 61,51	137	137	99,58	97,30 – 100,00
Total	1 730	947	56,27	53,70 – 58,85	1 730	1 722	100,00	100,00 – 100,00

¹ Les codes postaux de 271 donneurs (15,7 %) n'étaient pas précisés et n'ont pas pu être inclus dans les quintiles de défavorisation matérielle. Les résultats de 158 des 271 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-N. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 parmi les codes postaux manquants s'élevait à 60,51 % (IC à 95 %, 54,33 – 66,69) et les résultats de 267 des 271 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-S. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 s'élevait à 99,91 % (IC à 95 %, 98,49 – 100,00).

Tableau A1.5 Séroprévalence du SRAS-CoV-2 en Ontario en juin 2022, en fonction de la comparaison des résultats des anticorps anti-N et anti-S

	Résultats des anticorps anti-N (indicateurs de l'infection naturelle)				Résultats des anticorps anti-S (indicateurs d'une immunité humorale par l'infection naturelle ou la vaccination)			
	Bruts		Corrigés		Bruts		Corrigés	
	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	Intervalle de confiance à 95 %	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	Intervalle de confiance à 95 %
Sexe								
Femmes	6 474	3 043	46,38	45,31 – 47,45	6 474	6 408	100,00	99,93 – 100,00
Hommes	8 088	3 844	50,04	48,93 – 51,16	8 088	7 997	100,00	99,82 – 100,00
Âge								
17 à 24 ans	1 094	680	63,24	61,15 – 65,33	1 094	1 092	100,00	100,00 – 100,00
25 à 39 ans	3 780	2 194	58,83	57,26 – 60,40	3 780	3 756	100,00	100,00 – 100,00
40 à 59 ans	5 593	2 739	49,37	48,06 – 50,67	5 593	5 523	99,91	99,61 – 100,00
60 ans et plus	4 095	1 274	31,05	29,71 – 32,39	4 095	4 034	99,74	99,39 – 100,00
Défavorisation matérielle¹								
1 (moins défavorisés)	3 322	1 460	44,69	43,10 – 46,28	3 322	3 300	100,00	100,00 – 100,00
2	3 182	1 455	46,84	45,14 – 48,53	3 182	3 145	100,00	99,81 – 100,00
3	2 912	1 335	46,74	44,96 – 48,53	2 912	2 879	99,94	99,54 – 100,00
4	2 207	1 117	50,90	48,92 – 52,88	2 207	2 172	99,54	99,03 – 100,00
5 (plus défavorisés)	1 303	710	54,90	52,43 – 57,36	1 303	1 290	100,00	99,66 – 100,00
Total	14 562	6 887	48,14	47,37 – 48,92	14 562	14 405	100,00	99,96 – 100,00

¹ Les codes postaux de 1 636 donneurs (11,2 %) n'étaient pas précisés et n'ont pas pu être inclus dans les quintiles de défavorisation matérielle. Les résultats de 810 des 1 636 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-N. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 parmi les codes postaux manquants s'élevait à 50,34 % (IC à 95 %, 48,11 – 52,57) et les résultats de 1 619 des 1 636 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-S. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 s'élevait à 99,99 % (IC à 95 %, 99,50 – 100,00).

Tableau A1.6 Séroprévalence du SRAS-CoV-2 dans les provinces de l'Atlantique en juin 2022, en fonction de la comparaison des résultats des anticorps anti-N et anti-S

	Résultats des anticorps anti-N (indicateurs de l'infection naturelle)				Résultats des anticorps anti-S (indicateurs d'une immunité humorale par l'infection naturelle ou la vaccination)			
	Bruts		Corrigés		Bruts		Corrigés	
	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	Intervalle de confiance à 95 %	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	Intervalle de confiance à 95 %
Sexe								
Femmes	1 251	557	44,53	41,96 – 47,10	1 251	1 245	100,00	100,00 – 100,00
Hommes	1 406	571	43,15	40,50 – 45,81	1 406	1 397	100,00	100,00 – 100,00
Âge								
17 à 24 ans	125	75	55,87	50,26 – 61,47	125	125	100,00	99,69 – 100,00
25 à 39 ans	489	274	56,25	52,15 – 60,34	489	486	100,00	99,42 – 100,00
40 à 59 ans	1 071	491	46,80	43,69 – 49,91	1 071	1 068	100,00	100,00 – 100,00
60 ans et plus	972	288	29,12	26,18 – 32,07	972	963	100,00	99,56 – 100,00
Défavorisation matérielle¹								
1 (moins défavorisés)	422	184	42,46	38,02 – 46,89	422	421	100,00	100,00 – 100,00
2	533	233	45,54	41,43 – 49,64	533	529	100,00	99,51 – 100,00
3	521	228	44,85	40,63 – 49,07	521	517	100,00	99,27 – 100,00
4	557	210	39,70	35,64 – 43,76	557	555	100,00	99,93 – 100,00
5 (plus défavorisés)	398	176	48,91	44,08 – 53,75	398	396	100,00	99,32 – 100,00
Total	2 657	1 128	43,87	42,02 – 45,72	2 657	2 642	100,00	100,00 – 100,00

¹ Les codes postaux de 226 donneurs (8,5 %) n'étaient pas précisés et n'ont pas pu être inclus dans les quintiles de défavorisation matérielle. Les résultats de 97 des 226 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-N. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 parmi les codes postaux manquants s'élevait à 41,51 % (IC à 95 %, 35,12 – 47,90) et les résultats de 224 des 226 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-S. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 s'élevait à 99,54 % (IC à 95 %, 97,89 – 100,00).

Tableau A2.1. Séroprévalence hebdomadaire du SRAS-CoV-2 selon les résultats des anticorps anti-N en juin 2022, en fonction des variables démographiques

	1 ^{er} au 7 juin			8 au 15 juin			16 au 23 juin			24 au 30 juin		
	Bruts	Corrigés		Bruts	Corrigés		Bruts	Corrigés		Bruts	Corrigés	
	Nbre de résultats positifs (anticorps anti-N)	Positifs (%)	IC à 95 %	Nbre de résultats positifs (anticorps anti-N)	Positifs (%)	IC à 95 %	Nbre de résultats positifs (anticorps anti-N)	Positifs (%)	IC à 95 %	Nbre de résultats positifs (anticorps anti-N)	Positifs (%)	IC à 95 %
Sexe												
Femmes	3 219 (1 592)	49,5354	47,90 – 51,17	4 069 (2 078)	50,5846	49,16 – 52,01	4 245 (2 118)	48,9299	47,53 – 50,33	3 129 (1 577)	48,9164	47,27 – 50,56
Hommes	4 247 (2 109)	51,4038	49,78 – 53,03	4 963 (2 464)	51,5913	50,10 – 53,08	5 228 (2 559)	51,6904	50,23 – 53,15	3 894 (1 978)	52,7251	51,03 – 54,42
Âge												
17 à 24 ans	536 (355)	65,5396	62,42 – 68,66	651 (424)	64,5944	61,86 – 67,33	686 (472)	69,6318	66,97 – 72,29	507 (335)	65,8536	62,59 – 69,12
25 à 39 ans	1 940 (1 137)	59,6199	57,37 – 61,87	2 302 (1 397)	61,0356	59,00 – 63,07	2 308 (1 395)	60,8172	58,79 – 62,84	1 766 (1 057)	60,3582	58,01 – 62,70
40 à 59 ans	2 811 (1 462)	52,4750	50,52 – 54,43	3 486 (1 798)	51,5602	49,83 – 53,30	3 509 (1 817)	51,3226	49,60 – 53,05	2 624 (1 393)	52,4270	50,44 – 54,42
60 ans et plus	2 179 (747)	32,7444	30,68 – 34,81	2 593 (923)	34,9561	33,07 – 36,84	2 970 (993)	32,4253	30,68 – 34,17	2 126 (770)	34,5470	32,46 – 36,63
Province												
Colombie-Britannique	1 196 (566)	49,0380	46,31 – 51,77	1 458 (701)	49,8217	47,38 – 52,26	1 525 (737)	51,0813	48,61 – 53,55	1 166 (593)	52,3526	49,56 – 55,15
Alberta	1 472 (855)	60,8075	57,84 – 63,78	1 873 (1 092)	60,3993	57,75 – 63,05	1 923 (1 114)	61,0243	58,43 – 63,62	1 503 (885)	60,2349	57,30 – 63,17
Saskatchewan	367 (185)	53,1426	47,49 – 58,79	408 (220)	56,2750	50,93 – 61,62	422 (235)	58,1965	52,89 – 63,50	366 (186)	53,8488	48,15 – 59,55
Manitoba	346 (186)	55,4068	49,65 – 61,16	484 (264)	56,2149	51,41 – 61,02	519 (288)	56,8911	52,31 – 61,48	384 (210)	56,1708	50,73 – 61,61
Ontario	3 642 (1 727)	48,6770	47,08 – 50,27	3 847 (1 843)	49,2384	47,75 – 50,72	4 311 (2 004)	47,2934	45,90 – 48,69	3 033 (1 426)	47,1560	45,48 – 48,83
Nouveau-Brunswick	181 (80)	44,8060	38,23 – 51,38	332 (151)	46,6155	41,45 – 51,78	239 (85)	37,8449	31,73 – 43,96	88 (45)	51,2079	41,09 – 61,33
Nouvelle-Écosse	198 (76)	39,0861	32,08 – 46,09	366 (141)	40,5223	35,03 – 46,02	419 (162)	41,2405	36,08 – 46,40	345 (144)	44,5711	38,85 – 50,30
Île-du-Prince-Édouard	5 (1)	43,8333	0,00 – 89,28	108 (50)	46,6417	36,83 – 56,46	26 (11)	48,2623	26,70 – 69,82	55 (29)	54,8549	40,68 – 69,03

Rapport sur la séroprévalence de la COVID-19
Enquête de juin 2022

Terre-Neuve-et-Labrador	59 (25)	40,7586	30,88 – 50,64	156 (80)	47,9740	41,93 – 54,02	89 (41)	44,9309	36,71 – 53,15	83 (37)	44,5762	36,11 – 53,04
Région métropolitaine												
Vancouver	686 (342)	50,2955	46,84 – 53,75	683 (358)	52,8416	49,51 – 56,18	823 (438)	54,3391	51,25 – 57,43	574 (328)	56,7551	53,09 – 60,42
Calgary	569 (310)	55,9588	50,63 – 61,28	660 (400)	62,6695	57,92 – 67,42	693 (388)	58,0603	53,27 – 62,85	598 (354)	60,2614	55,22 – 65,30
Edmonton	437 (250)	60,8916	55,65 – 66,13	694 (373)	55,8246	51,61 – 60,04	577 (313)	58,1600	53,55 – 62,77	415 (221)	54,1942	48,53 – 59,86
Ottawa	358 (138)	38,8744	32,71 – 45,04	527 (210)	40,4049	35,37 – 45,44	351 (135)	39,4056	33,29 – 45,52	394 (165)	41,4564	35,65 – 47,26
Toronto	954 (476)	50,6504	48,01 – 53,29	1 245 (654)	52,9763	50,77 – 55,18	1 361 (666)	49,2186	47,07 – 51,37	957 (475)	48,1714	45,65 – 50,70
Winnipeg	254 (126)	49,7733	42,80 – 56,75	295 (164)	57,6650	51,34 – 63,99	293 (147)	50,4749	43,98 – 56,97	257 (134)	52,8163	45,82 – 59,82
Ethnicité¹												
Blanche	5 659 (2 757)	49,5504	48,21 – 50,89	6 799 (3 313)	49,6070	48,40 – 50,81	7 321 (3 468)	47,9968	46,83 – 49,16	5 311 (2 590)	48,7702	47,40 – 50,14
Autochtone	92 (50)	59,2600	49,00 – 69,52	100 (58)	60,2156	50,31 – 70,12	140 (70)	51,0122	42,70 – 59,33	81 (49)	59,1186	48,16 – 70,08
Asiatique	389 (172)	44,5652	39,94 – 49,19	490 (272)	51,1694	47,12 – 55,22	446 (221)	50,5603	46,25 – 54,87	401 (217)	51,7838	47,11 – 56,45
Autres groupes racisés	784 (470)	61,7456	58,45 – 65,04	1 027 (606)	60,8913	58,05 – 63,73	955 (605)	64,5715	61,69 – 67,46	743 (455)	62,2372	58,94 – 65,54
Défavorisation sociale²												
1 (moins défavorisés)	1 392 (730)	51,9059	49,20 – 54,61	1 687 (871)	52,7919	50,39 – 55,19	1 843 (961)	52,8211	50,55 – 55,10	1 297 (680)	51,5338	48,76 – 54,31
2	1 456 (697)	49,3792	46,74 – 52,02	1 696 (827)	49,5233	47,14 – 51,90	1 823 (880)	48,7823	46,44 – 51,12	1 302 (647)	50,3582	47,61 – 53,11
3	1 277 (629)	51,3511	48,56 – 54,14	1 594 (784)	49,5859	47,12 – 52,05	1 649 (799)	50,1594	47,75 – 52,57	1 297 (661)	51,2879	48,52 – 54,05
4	1 209 (572)	47,4889	44,65 – 50,32	1 434 (731)	52,0538	49,48 – 54,62	1 460 (702)	48,7422	46,17 – 51,31	1 132 (561)	49,9781	47,06 – 52,90
5 (plus défavorisés)	1 212 (576)	48,8490	46,00 – 51,70	1 458 (696)	48,5721	46,01 – 51,13	1 536 (732)	48,1138	45,60 – 50,63	1 113 (523)	47,9469	45,04 – 50,85
Défavorisation matérielle²												
1 (moins défavorisés)	1 866 (879)	47,4189	45,05 – 49,79	2 427 (1 205)	49,6025	47,58 – 51,62	2 382 (1 143)	48,3895	46,35 – 50,43	1 795 (881)	47,9027	45,55 – 50,26
2	1 628 (780)	48,8260	46,33 – 51,32	1 880 (896)	48,9157	46,60 – 51,23	2 086 (999)	48,7092	46,53 – 50,89	1 544 (786)	51,9727	49,42 – 54,53
3	1 460 (719)	49,837	47,22 – 52,45	1 607 (753)	46,984	44,51 – 49,46	1 767 (876)	50,3648	48,01 – 52,72	1 268 (626)	51,3793	48,59 – 54,17
4	1 029 (520)	51,9161	48,89 – 54,94	1 249 (667)	54,3751	51,70 – 57,05	1 370 (693)	51,2861	48,66 – 53,91	919 (453)	49,9079	46,74 – 53,08

Rapport sur la séroprévalence de la COVID-19
Enquête de juin 2022

5 (plus défavorisés)	563 (306)	55,7789	51,76 – 59,79	706 (388)	57,1323	53,74 – 60,53	706 (363)	53,3107	49,80 – 56,83	615 (326)	51,1299	47,29 – 54,97
Total	7 466 (3 701)	50,4749	49,32 – 51,63	9 032 (4 542)	51,0661	50,04 – 52,10	9 473 (4 677)	50,257	49,25 – 51,27	7 023 (3 555)	50,7598	49,58 – 51,94

¹ La 1^{re} semaine, 542 donneurs (7,3 %) n'ont pas précisé leur ethnicité. La séroprévalence corrigée en fonction des anticorps anti-N s'élevait à 45,30 % (IC à 95 %, 41,02 – 49,59).
La 2^e semaine, 616 donneurs (6,8 %) n'ont pas précisé leur ethnicité. La séroprévalence corrigée en fonction des anticorps anti-N s'élevait à 47,02 % (IC à 95 %, 42,98 – 51,07).
La 3^e semaine, 611 donneurs (6,4 %) n'ont pas précisé leur ethnicité. La séroprévalence corrigée en fonction des anticorps anti-N s'élevait à 51,29 % (IC à 95 %, 47,23 – 55,35).
La 4^e semaine, 487 donneurs (6,9 %) n'ont pas précisé leur ethnicité. La séroprévalence corrigée en fonction des anticorps anti-N s'élevait à 49,65 % (IC à 95 %, 45,10 – 54,20).

² La 1^{re} semaine, 920 donneurs (12,3 %) n'avaient pas précisé leur code postal. La séroprévalence corrigée en fonction des anticorps anti-N s'élevait à 54,90 % (IC à 95 %, 51,67 – 58,13).
La 2^e semaine, 1 163 donneurs (12,9 %) n'avaient pas précisé leur code postal. La séroprévalence corrigée en fonction des anticorps anti-N s'élevait à 54,70 % (IC à 95 %, 51,86 – 57,53).
La 3^e semaine, 1 162 donneurs (12,3 %) n'avaient pas précisé leur code postal. La séroprévalence corrigée en fonction des anticorps anti-N s'élevait à 53,22 % (IC à 95 %, 50,35 – 56,09).
La 4^e semaine, 882 donneurs (12,6 %) n'avaient pas précisé leur code postal. La séroprévalence corrigée en fonction des anticorps anti-N s'élevait à 54,18 % (IC à 95 %, 50,85 – 57,50).

Tableau A2.2. Séroprévalence hebdomadaire du SRAS-CoV-2 selon les résultats des anticorps anti-N en juin 2022, par province et par tranche d'âge

	1 ^{er} au 7 juin			8 au 15 juin			16 au 23 juin			24 au 30 juin		
	Bruts			Corrigés			Bruts			Corrigés		
	Nbre de résultats positifs (anticorps anti-N)	Positifs (%)	IC à 95 %	Nbre de résultats positifs (anticorps anti-N)	Positifs (%)	IC à 95 %	Nbre de résultats positifs (anticorps anti-N)	Positifs (%)	IC à 95 %	Nbre de résultats positifs (anticorps anti-N)	Positifs (%)	IC à 95 %
Colombie-Britannique												
17 à 24 ans	78 (54)	69,35	62,26 – 76,45	79 (55)	73,40	66,76 – 80,05	90 (64)	75,78	69,67 – 81,88	62 (37)	59,21	50,92 – 67,49
25 à 39 ans	312 (182)	58,54	53,10 – 63,98	395 (221)	57,10	52,31 – 61,90	350 (210)	61,14	56,03 – 66,26	273 (169)	63,60	57,89 – 69,32
40 à 59 ans	472 (225)	49,26	44,72 – 53,80	533 (281)	52,36	48,18 – 56,55	557 (280)	50,59	46,36 – 54,81	407 (223)	54,40	49,60 – 59,21
60 ans et plus	334 (105)	30,31	25,44 – 35,18	451 (144)	32,44	28,27 – 36,61	528 (183)	35,06	30,87 – 39,26	424 (164)	40,47	35,71 – 45,23
Total	1 196 (566)	49,04	46,31 – 51,77	1 458 (701)	49,82	47,38 – 52,26	1 525 (737)	51,08	48,61 – 53,55	1 166 (593)	52,35	49,56 – 55,15
Alberta												
17 à 24 ans	125 (90)	73,60	66,19 – 81,01	141 (102)	72,34	65,37 – 79,31	149 (115)	79,14	72,99 – 85,30	137 (98)	71,48	64,12 – 78,85
25 à 39 ans	427 (274)	66,00	60,85 – 71,14	497 (326)	66,40	61,59 – 71,21	522 (336)	65,82	61,19 – 70,45	427 (272)	64,65	59,41 – 69,89
40 à 59 ans	511 (313)	63,44	58,35 – 68,54	697 (430)	62,41	58,04 – 66,78	689 (418)	61,95	57,54 – 66,36	549 (326)	59,68	54,71 – 64,64
60 ans et plus	409 (178)	42,12	35,78 – 48,45	538 (234)	43,62	38,04 – 49,20	563 (245)	43,83	38,37 – 49,29	390 (189)	47,70	41,19 – 54,20
Total	1 472 (855)	60,81	57,84 – 63,78	1 873 (1 092)	60,40	57,75 – 63,05	1 923 (1 114)	61,02	58,43 – 63,62	1 503 (885)	60,23	57,30 – 63,17
Saskatchewan												
17 à 24 ans	21 (17)	84,8	72,18 – 97,43	43 (28)	67,95	55,26 – 80,63	30 (23)	78,76	66,14 – 91,37	28 (17)	55,81	39,92 – 71,70
25 à 39 ans	82 (50)	62,02	50,81 – 73,23	114 (76)	67,91	58,73 – 77,09	112 (71)	64,47	54,72 – 74,22	84 (61)	76,70	66,62 – 86,77
40 à 59 ans	133 (74)	54,26	44,57 – 63,96	145 (76)	53,00	43,56 – 62,45	148 (88)	59,34	49,96 – 68,72	127 (68)	55,94	46,07 – 65,80
60 ans et plus	131 (44)	34,51	24,92 – 44,10	106 (40)	36,62	25,51 – 47,73	132 (53)	41,62	31,62 – 51,63	127 (40)	33,59	23,87 – 43,31
Total	367 (185)	53,14	47,49 – 58,79	408 (220)	56,28	50,93 – 61,62	422 (235)	58,20	52,89 – 63,50	366 (186)	53,85	48,15 – 59,55

Rapport sur la séroprévalence de la COVID-19
Enquête de juin 2022

Manitoba												
17 à 24 ans	40 (27)	68,43	54,93 – 81,92	45 (35)	79,54	68,26 – 90,83	49 (36)	76,39	65,41 – 87,37	38 (27)	72,64	59,69 – 85,60
25 à 39 ans	75 (47)	64,02	52,49 – 75,55	111 (74)	66,06	57,07 – 75,05	120 (78)	66,94	58,33 – 75,55	88 (48)	54,80	43,98 – 65,63
40 à 59 ans	126 (68)	54,44	44,05 – 64,83	189 (103)	54,59	46,35 – 62,84	200 (116)	58,44	50,61 – 66,28	152 (88)	57,71	48,50 – 66,91
60 ans et plus	105 (44)	42,77	32,31 – 53,23	139 (52)	38,63	29,65 – 47,61	150 (58)	36,43	27,94 – 44,92	106 (47)	46,21	35,40 – 57,02
Total	346 (186)	55,41	49,65 – 61,16	484 (264)	56,21	51,41 – 61,02	519 (288)	56,89	52,31 – 61,48	384 (210)	56,17	50,73 – 61,61
Ontario												
17 à 24 ans	250 (157)	63,91	59,44 – 68,38	293 (174)	60,44	56,60 – 64,28	339 (215)	64,56	60,83 – 68,29	217 (139)	65,59	60,89 – 70,28
25 à 39 ans	925 (523)	58,21	54,97 – 61,45	1 008 (596)	60,20	57,20 – 63,19	1 099 (638)	58,06	55,21 – 60,91	800 (458)	57,93	54,56 – 61,31
40 à 59 ans	1 383 (699)	51,18	48,49 – 53,86	1 540 (735)	48,59	46,11 – 51,07	1 621 (791)	49,01	46,63 – 51,39	1 153 (570)	49,16	46,34 – 51,98
60 ans et plus	1 084 (348)	32,03	29,29 – 34,76	1 006 (338)	34,23	31,48 – 36,97	1 252 (360)	29,05	26,71 – 31,40	863 (259)	28,54	25,74 – 31,34
Total	3 642 (1 727)	48,68	47,08 – 50,27	3 847 (1 843)	49,24	47,75 – 50,72	4 311 (2 004)	47,29	45,90 – 48,69	3 033 (1 426)	47,16	45,48 – 48,83
Atlantique												
17 à 24 ans	22 (10)	45,57	24,62 – 66,53	50 (30)	55,83	47,02 – 64,63	29 (19)	64,1	52,12 – 76,09	25 (17)	70,55	58,36 – 82,73
25 à 39 ans	119 (61)	51,42	42,38 – 60,46	177 (104)	57,33	50,48 – 64,18	105 (62)	60,82	52,17 – 69,46	94 (49)	51,57	42,05 – 61,09
40 à 59 ans	186 (83)	44,74	37,54 – 51,93	382 (173)	47,34	42,22 – 52,46	294 (124)	41,66	35,73 – 47,59	236 (118)	49,94	43,21 – 56,67
60 ans et plus	116 (28)	24,11	16,26 – 31,95	353 (115)	31,69	26,73 – 36,65	345 (94)	27,73	22,68 – 32,78	216 (71)	33,19	26,51 – 39,87
Total	443 (182)	41,93	37,63 – 46,23	962 (422)	45,14	42,10 – 48,19	773 (299)	41,03	37,52 – 44,55	571 (255)	46,54	42,42 – 50,66
Total global	7 466 (3 701)	50,47	49,32 – 51,63	9 032 (4 542)	51,07	50,04 – 52,10	9 473 (4 677)	50,26	49,25 – 51,27	7 023 (3 555)	50,76	49,58 – 51,94