

Situation épidémiologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) pour la région de Montréal

Pascale Leclerc, M.Sc.

Carole Morissette, M.D.

Février 2006

Une réalisation du secteur Vigie et Protection
Centre Universitaire de santé McGill, mandataire

Pascale Leclerc, M.Sc.

Agente de recherche – Équipe ITSS et Bureau de
surveillance épidémiologique

Carole Morissette, M.D.

Responsable médicale - Équipe ITSS

Traitement des données MADO

Christine Savard

Programmeuse

Claude Tremblay

Programmeuse

Mise en page

Guylaine Brunet

Secrétaire médicale

Ce rapport a été préparé en collaboration avec les autres membres de l'équipe ITSS, dont voici la fonction et les principaux dossiers :

<i>Alix Adrien</i>	médecin conseil	Surveillance et contrôle des ITSS; Communautés ethnoculturelles; Autochtones
<i>Patrick Berthiaume</i>	agent de planification	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH)
<i>Mélanie Charron</i>	infirmière	Projet de surveillance accrue de l'hépatite C
<i>Joseph Cox</i>	médecin conseil	Usagers de drogues par injection (UDI); HARSAH; Surveillance de l'hépatite C
<i>Louise Durand</i>	infirmière	UDI; Accès au traitement pour la syphilis
<i>Évelyne Fleury</i>	agente de planification	Formation; Promotion de la santé
<i>Natalia Gutierrez</i>	agente de planification	Jeunes
<i>Klaus Jochem</i>	médecin conseil	Hémovigilance; Surveillance de l'hépatite C
<i>Daniel Labesse</i>	agent de planification	Gestion des fonds de subvention du programme régional
<i>Élysabeth Lacombe</i>	agente de planification	Promotion de la santé; Soutien aux CSSS
<i>Gilles Lambert</i>	médecin conseil	Surveillance et contrôle des ITSS
<i>Lynda Madiouni</i>	infirmière	Enquêtes ITS; Notification aux partenaires
<i>Louise Meunier</i>	Agente de recherche	Enquêtes hépatite C
<i>Nathalie Paquette</i>	infirmière	Chef d'équipe
<i>Marie-Carole Toussaint</i>	infirmière	Enquêtes ITS; Notification aux partenaires

Nos remerciements au Dre Élise Roy du Programme de Toxicomanie (secteur Recherche) de l'Université de Sherbrooke (campus Longueuil).

© Direction de la santé publique
Agence de développement de santé
et de services sociaux de Montréal (2006)
Tous droits réservés

Dépôt légal : 1^e trimestre 2006
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
No ISBN : 2-89494-476-4

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
2. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES ITSS, TELLE QUE FOURNIE PAR LES MADO	2
2.1. CHLAMYDIOSE	2
2.2. INFECTION GONOCOCCIQUE.....	4
2.3. SYPHILIS	7
2.4. LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE	9
2.5. HÉPATITE B.....	10
2.6. HÉPATITE C.....	13
2.7. INFECTION PAR LE VIH.....	15
3. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES INFECTIONS PAR LE VIH ET LE VHC, TELLE QUE FOURNIE PAR LES ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES.....	16
3.1. SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH ET DU VHC CHEZ LES USAGERS DE DROGUES PAR INJECTION	16
3.2. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH ET DU VHC CHEZ LES JEUNES DE LA RUE DE MONTRÉAL	20
3.3. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH ET DU VHC CHEZ LES HOMMES DE MONTRÉAL AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES.....	22
3.4. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH DANS LES POPULATIONS ETHNOCULTURELLES ET AUTOCHTONE.....	24
3.5. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH ET DU VHC DANS LES POPULATIONS INCARCÉRÉES	26
CONCLUSION.....	28
RÉFÉRENCES	30
ANNEXE	

1. Introduction

Le présent document a été préparé à l'intention des responsables de santé publique des douze CSSS de la région de Montréal. Son principal objectif est de décrire la situation épidémiologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) à Montréal en 2004. Les ITSS présentées sont la chlamydie, l'infection gonococcique, la syphilis, la lymphogranulomatose vénérienne, l'hépatite B, l'hépatite C et l'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH).

La Loi sur la santé publique (L.R.Q.,c.S-2.2) stipule que certaines maladies infectieuses sont à déclaration obligatoire i.e. qu'elles doivent être déclarées au directeur de santé publique soit par les médecins, par les dirigeants de départements de biologie médicale ou de laboratoires ou par les deux. Les ITSS présentées dans ce document sont toutes des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Toutes doivent être déclarées à la fois par le médecin et par le laboratoire. Toutefois, l'infection par le VIH est dans une catégorie distincte. En effet, elle doit être déclarée par le médecin, à la Direction de santé publique, seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus. La surveillance de cette infection est menée sur une base provinciale par le Laboratoire de santé publique (LSPQ) où sont effectuées toutes les analyses de confirmation des tests anti-VIH.

La Loi sur la santé publique souligne qu'une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants doit être effectuée, afin de pouvoir :

1. Dresser un portrait global de l'état de santé de la population
2. Observer les tendances et les variations temporelles et spatiales
3. Détecter les problèmes en émergence
4. Identifier les problèmes prioritaires
5. Élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population
6. Suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes de santé spécifiques et de leurs déterminants.

La surveillance des MADO est une façon de répondre à ce mandat de santé publique. Les informations recueillies permettent en effet d'évaluer l'importance des ITSS dans la population, de suivre leur évolution temporelle et spatiale et ainsi pouvoir prendre les actions qui s'imposent.

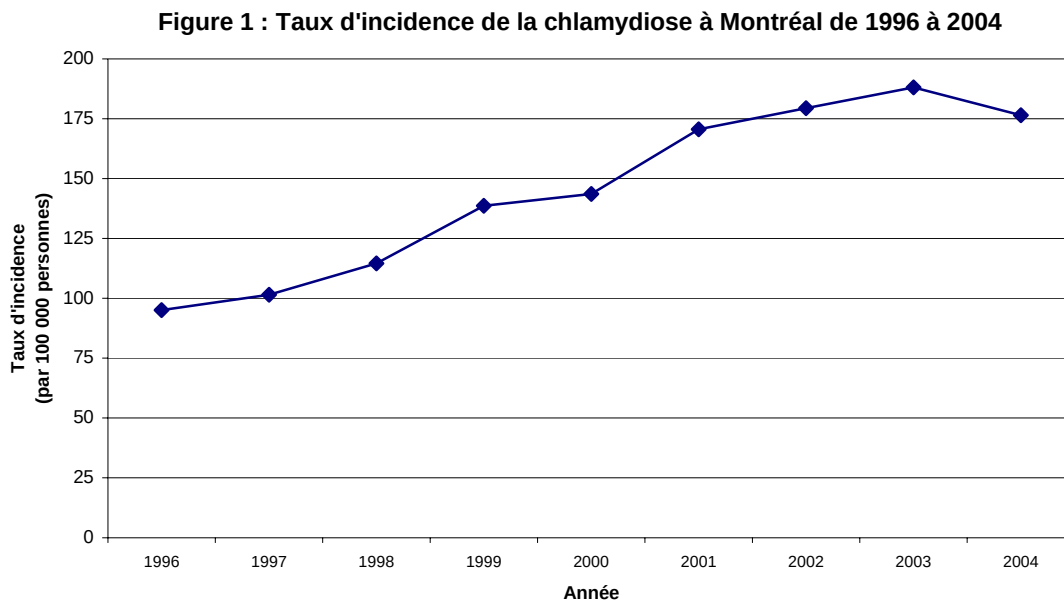
En plus des nombreuses informations tirées des MADO, d'autres proviennent d'enquêtes épidémiologiques complétées par la Direction de santé publique auprès de cas déclarés de MADO ainsi que d'études épidémiologiques menées auprès de populations vulnérables. Nous avons tiré de ces études des données sur l'infection par le VIH et par le VHC. Le système régional de monitoring des sites d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal a également fourni certaines informations concernant les usagers de drogues par injection (UDI).

2. Situation épidémiologique des ITSS, telle que fournie par les MADO

Les prochaines pages décrivent la situation épidémiologique des ITSS, en utilisant les données MADO pour la région de Montréal.¹ Rappelons que toutes les infections présentées sont à déclaration obligatoire à la fois par le médecin et par le laboratoire.

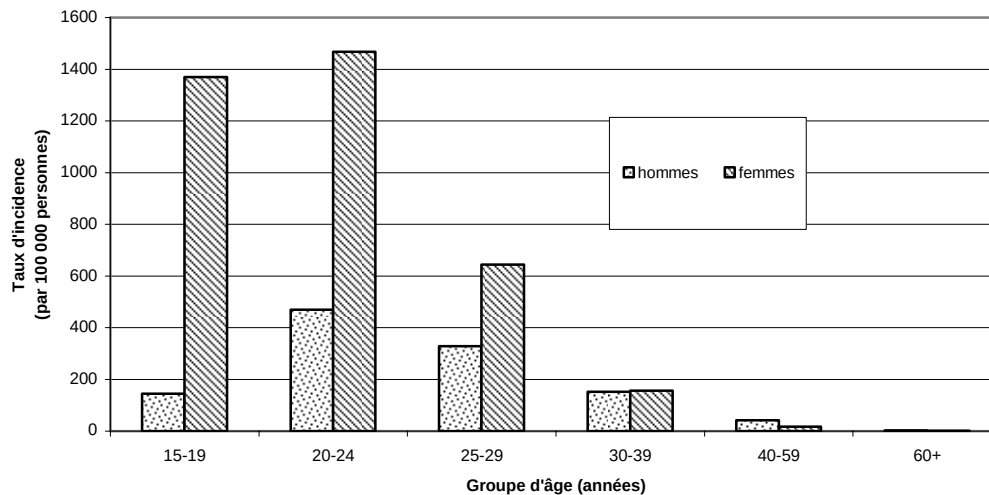
2.1. Chlamydirose

Cette infection transmissible sexuellement est causée par la bactérie *Chlamydia trachomatis*. Elle est la MADO la plus fréquemment déclarée à Montréal. En 2004, elle représentait 40,3% de l'ensemble des 8054 MADO déclarées. Les 3248 cas de chlamydirose déclarés en 2004 dans la région de Montréal représentent un taux d'incidence de 176,5 par 100 000 personnes. Comme le montre la figure 1, l'incidence de la chlamydirose a fortement augmenté depuis 1996.



Les femmes représentent 71 % des cas de chlamydirose déclarés en 2004 (femmes : 2 307 cas, hommes : 932 cas et sexe inconnu : 9 cas). Comme l'illustre la figure 2, les taux les plus élevés sont chez les femmes âgées de 20 à 24 ans (1461,6 par 100 000 personnes) et de 15 à 19 ans (1 369,3 par 100 000 personnes). Chez les hommes, les groupes d'âge les plus touchés sont les 20 à 24 ans (469,6 par 100 000 personnes), suivis par les 25 à 29 ans (327,9 par 100 000 personnes).

Figure 2 : Taux d'incidence de la chlamydie par groupe d'âge et par sexe à Montréal en 2004

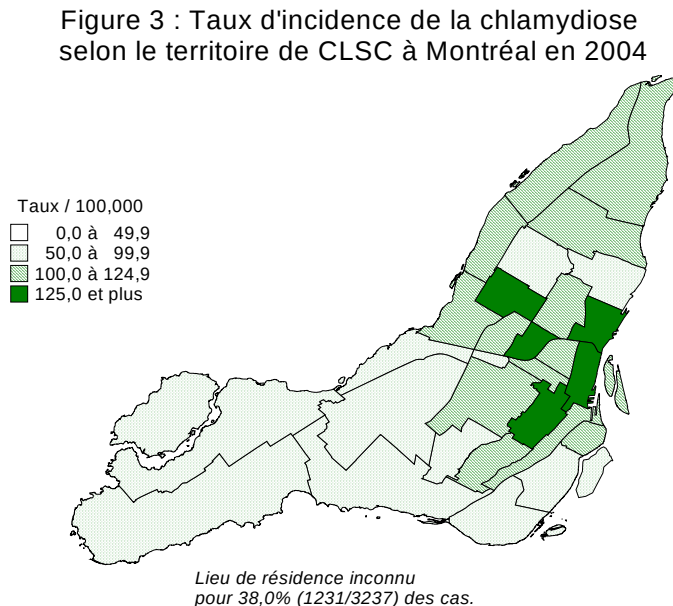


Le tableau 1 présente le nombre de cas chlamydie et le taux d'incidence par territoire de CSSS de résidence des cas. Des cas ont été répertoriés dans tous les territoires de CSSS. Mentionnons que les taux les plus élevés ont été relevés chez les personnes résidant sur les territoires des CSSS Jeanne-Mance et Lucille-Teasdale. Les taux les plus bas par CSSS représentent environ la moitié des taux les plus élevés.

Tableau 1 : Nombre de cas de chlamydie déclarés à Montréal en 2004 et taux d'incidence par territoire de CSSS

CSSS	Nombre de cas	Taux d'incidence (par 100 000)
Jeanne-Mance	211	155,8
Lucille-Teasdale	235	146,1
Petite Patrie/Villeray	138	127,7
Ahuntsic/Montréal-Nord	189	122,8
Pointe de l'île	207	112,7
St-Léonard/St-Michel	141	112,1
Cavendish	130	107,2
De la Montagne	241	103,1
Sud-Ouest/Verdun	126	97,5
Bordeaux-Cartierville/St-Laurent	119	89,5
Ouest de l'île	172	77,3
LaSalle/Vieux Lachine	102	77,1
Inconnu	1237	---

La figure 3 présente le taux d'incidence de la chlamydie par territoire de CLSC pour l'année 2004. Cinq territoires de CLSC présentent des taux de 125 par 100 000 personnes et plus : des Faubourgs, Hochelaga-Maisonneuve, Saint-Michel, Métro et Petite Patrie.

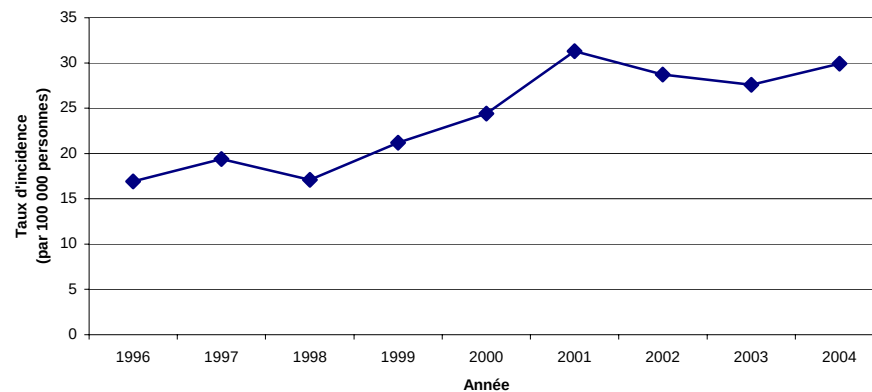


2.2 Infection gonococcique

Cette infection transmissible sexuellement est causée par la bactérie *Neisseria gonorrhoeae*. On observe depuis quelques années plusieurs cas d'infection gonococcique manifestant une sensibilité réduite à la ciprofloxacine, l'antibiotique auparavant recommandé pour le traitement de cette infection. Un premier cas de gonorrhée résistante à la ciprofloxacine a été observé à Montréal en 1994. En 2001, 2,5 % des souches manifestaient une résistance à cet antibiotique et, en 2004, cette proportion atteignait 6,2 %.

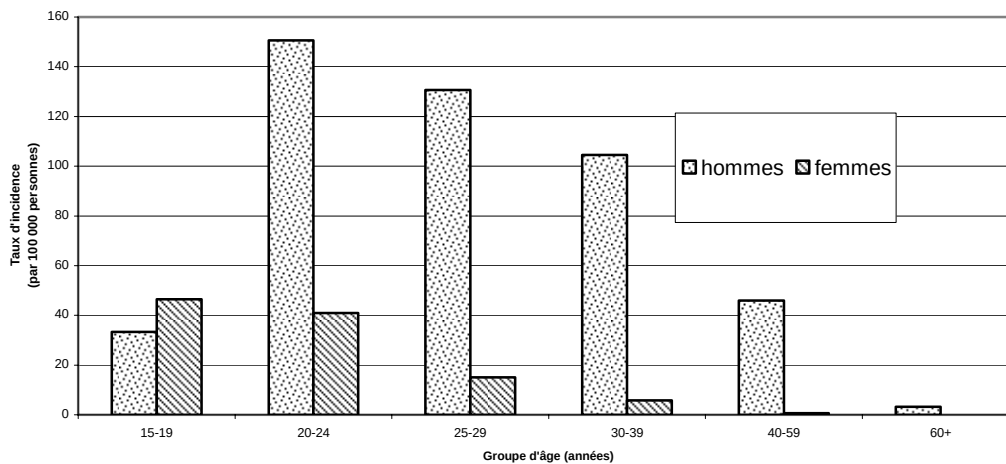
Au cours de l'année 2004, 550 cas d'infection gonococcique ont été déclarés dans la région de Montréal, soit un taux d'incidence de 29,9 par 100 000 personnes. Comme pour la chlamydie, on observe pour l'infection gonococcique une hausse du taux d'incidence depuis le milieu des années 1990. La figure 2 présente les taux d'incidence de 1996 à 2004.

Figure 4 : Taux d'incidence de l'infection gonococcique à Montréal de 1996 à 2004



Les hommes représentent, et de loin, la majorité des cas déclarés d'infection gonococcique. En 2004, ils comptaient pour 87 % des cas déclarés (hommes : 481 cas et femmes : 69 cas). Comme le montre la figure 5, les hommes âgés de 20 à 24 ans (150,6 par 100 000 personnes) et de 25 à 29 ans (130,6 par 100 000 personnes) sont les plus touchés. Chez les femmes, les taux sont les plus élevés chez les 15 à 19 ans (46,5 par 100 000 personnes), suivis par les 20 à 24 ans (40,9 par 100 000 personnes).

Figure 5 : Taux d'incidence de l'infection gonococcique par groupe d'âge et par sexe à Montréal en 2004



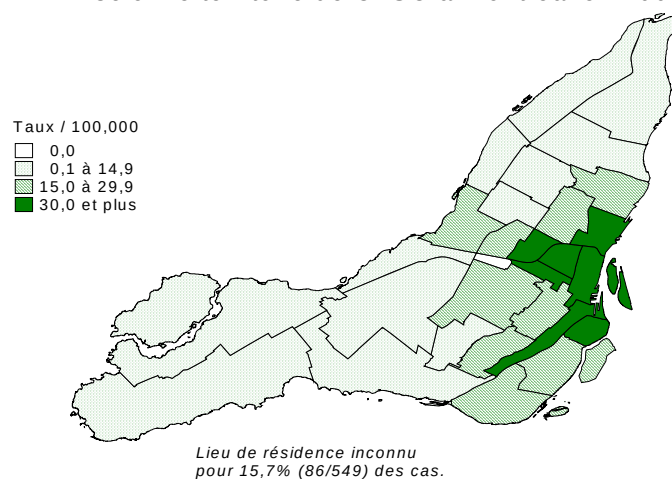
Le tableau 2 présente le nombre de cas d'infection gonococcique et le taux d'incidence par territoire de CSSS de résidence des cas. Comme pour la chlamydiose, des cas ont été déclarés pour tous les territoires de CSSS. Toutefois, pour l'infection gonococcique, les écarts de taux entre CSSS sont beaucoup plus marqués. La population du CSSS Jeanne-Mance est la plus touchée.

Tableau 2 : Nombre de cas d'infection gonococcique déclarés à Montréal en 2004 et taux d'incidence par territoire de CSSS

CSSS	Nombre de cas	Taux d'incidence (par 100 000)
Jeanne-Mance	166	122,5
Sud-Ouest/Verdun	56	43,3
Petite Patrie/Villeray	37	34,2
Lucille-Teasdale	53	33,0
Cavendish	20	16,5
de la Montagne	37	15,8
LaSalle/Vieux Lachine	19	14,4
Ahuntsic/Montréal-Nord	22	14,3
Pointe de l'île	21	11,4
St-Léonard/St-Michel	11	8,7
Bordeaux-Cartierville/St-Laurent	9	6,8
Ouest de l'île	12	5,4
Inconnu	87	---

La figure 6 présente le taux d'incidence de l'infection gonococcique par territoire de CLSC pour l'année 2004. Sept territoires de CLSC présentent des taux de 30,0 par 100 000 personnes et plus : des Faubourgs, Pointe Saint-Charles, Hochelaga-Maisonneuve, du Plateau Mont-Royal, Saint-Henri, Petite Patrie et Saint-Louis-du-Parc.

Figure 6 : Taux d'incidence de l'infection gonococcique selon le territoire de CLSC à Montréal en 2004

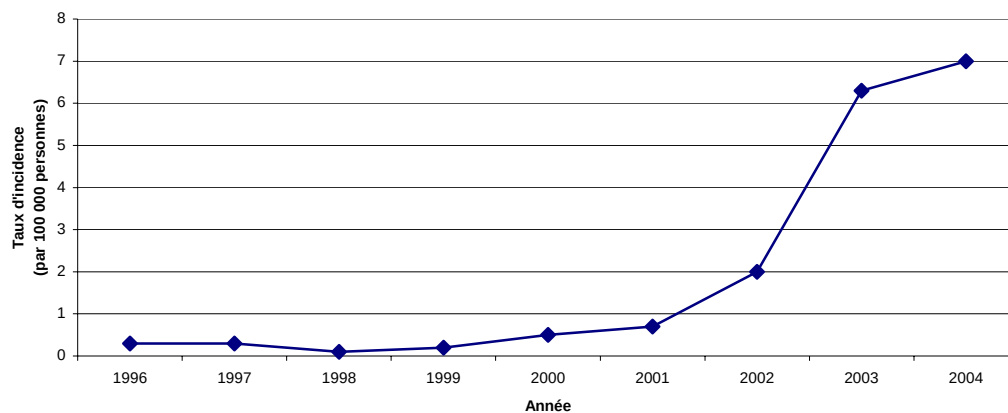


2.3 Syphilis

La syphilis est une infection transmissible sexuellement causée par la bactérie *Treponema pallidum*. La syphilis est contagieuse au cours des phases primaire, secondaire et latente précoce (<1 an).

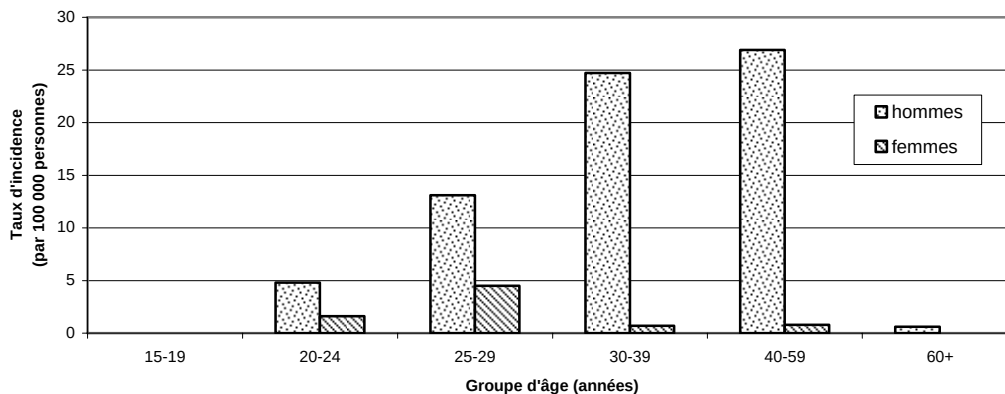
Au cours de l'année 2004, 129 cas de syphilis en phase contagieuse ont été déclarés dans la région de Montréal, soit un taux d'incidence de 7,0 par 100 000 personnes. Une brusque vague de cas de syphilis en phase contagieuse a été observée à Montréal depuis septembre 2000 : 12 cas ont été observés en 2001, 36 en 2002 et 119 en 2003. La croissance du nombre de cas entre 2003 et 2004 et la situation observée au cours des premières périodes de 2005 suggèrent un plafonnement ou même une diminution pour 2005. La figure 7 présente les taux d'incidence observés de 1996 à 2004.

Figure 7 : Taux d'incidence de la syphilis contagieuse à Montréal de 1996 à 2004



Les hommes représentent la presque totalité des cas déclarés en 2004 de syphilis en phase contagieuse (hommes : 121 cas, femmes : 7 cas et sexe inconnu : 1 cas). La figure 8 montre que les taux d'incidence les plus élevés sont observés chez les hommes âgés de 40 à 59 ans (26,9 par 100 000 personnes) et de 30 à 39 ans (24,7 par 100 000 personnes). Chez les femmes, le taux atteint un maximum chez les 25 à 29 ans (4,5 par 100 000 personnes).

Figure 8 : Taux d'incidence de la syphilis en phase contagieuse par groupe d'âge et sexe à Montréal en 2004



Le tableau 3 présente le nombre de cas de syphilis en phase contagieuse et le taux d'incidence par territoire de CSSS de résidence des cas. Le territoire du CSSS Jeanne-Mance est particulièrement touché par cette infection.

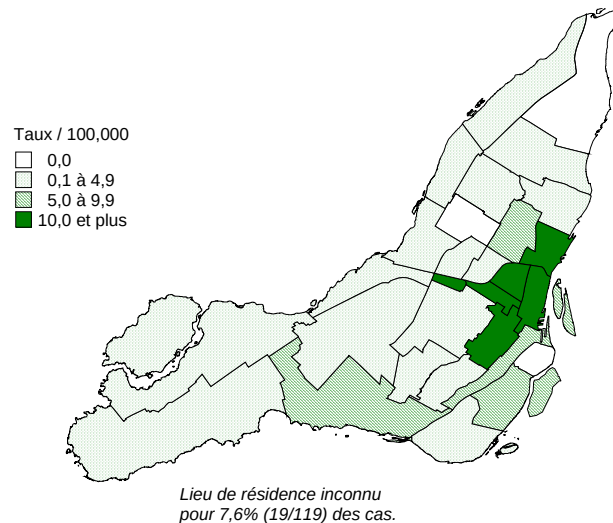
Tableau 3 : Nombre de cas de syphilis contagieuse déclarés à Montréal en 2004 et taux d'incidence par territoire de CSSS

CSSS	Nombre de cas	Taux d'incidence (par 100 000)
Jeanne-Mance	48	35,4
Lucille-Teasdale	16	9,9
Sud-Ouest/Verdun	9	7,0
de la Montagne	14	6,0
Cavendish	4	3,3
LaSalle/Vieux Lachine	4	3,0
Bordeaux-Cartierville/St-Laurent	4	3,0
Ahuntsic/Montréal-Nord	3	1,9
Petite Patrie/Villeray	2	1,9
St-Léonard/St-Michel	2	1,6
Pointe de l'île	3	1,6
Ouest de l'île	3	1,3
Inconnu	17	---

La figure 9 présente le taux d'incidence de la syphilis contagieuse par territoire de CLSC pour l'année 2004. Six territoires de CLSC présentent des taux de 10,0 par 100 000 personnes et plus :

des Faubourgs, Plateau Mont-Royal, Hochelaga-Maisonneuve, Saint-Louis-du-Parc, Parc-Extension et Métro.

Figure 9 : Taux d'incidence de la syphilis en phase contagieuse selon le territoire de CLSC à Montréal en 2004



Les données des enquêtes épidémiologiques effectuées pour les 301 cas déclarés de 2000 à 2004 indiquent que la majorité des cas déclarés de syphilis en phase contagieuse, soit 91,4 %, sont survenus chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). Parmi les cas HARSAH, 65,0 % rapportaient des relations sexuelles en sauna au cours de la période d'incubation et près de la moitié, soit 43,4 %, étaient également infectés par le VIH.

2.4 *Lymphogranulomatose vénérienne*

La lymphogranulomatose vénérienne est une infection transmissible sexuellement. Elle est causée par certains sérotypes de la bactérie *Chlamydia trachomatis*. Bien que cette infection soit endémique dans diverses régions d'Afrique, d'Amérique du sud, des Caraïbes et d'Asie, elle n'avait donné lieu à aucune déclaration au Québec jusqu'en 2002. Un cas a été déclaré à Montréal en 2003, un autre en 2004 et 19 ont été déclarés en 2005.^a

Les cas déclarés en 2005 permettent de décrire la situation épidémiologique de cette infection en émergence au Québec. Ces 19 cas sont de sexe masculin. Huit sont âgés de 40 à 59 ans, sept de 30 à 39 ans, trois de 25 à 29 ans et un de 20 à 24 ans. Le lieu de résidence lors du diagnostic est disponible pour les 14 déclarés entre le 2 janvier et le 3 décembre 2005. Cinq cas résidaient sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance lors de leur diagnostic, quatre sur celui du CSSS Lucille-Teasdale et un sur chacun des territoires de CSSS suivants : St-Léonard/St-Michel, LaSalle/Vieux

^a Les données de 2005 sont tirées du registre MADO en date du 2006-01-12 et 2005-12-19.

Lachine, Sud-Ouest/Verdun, de la Montagne et Pointe-de-l'Île. Ajoutons que tous les cas déclarés sont survenus chez des hommes ayant eu des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) et qu'une proportion importante d'entre eux ont eu des relations sexuelles dans des saunas. Finalement, chez plusieurs cas, des ITSS concomitantes, comme le VIH et le VHC étaient présentes.

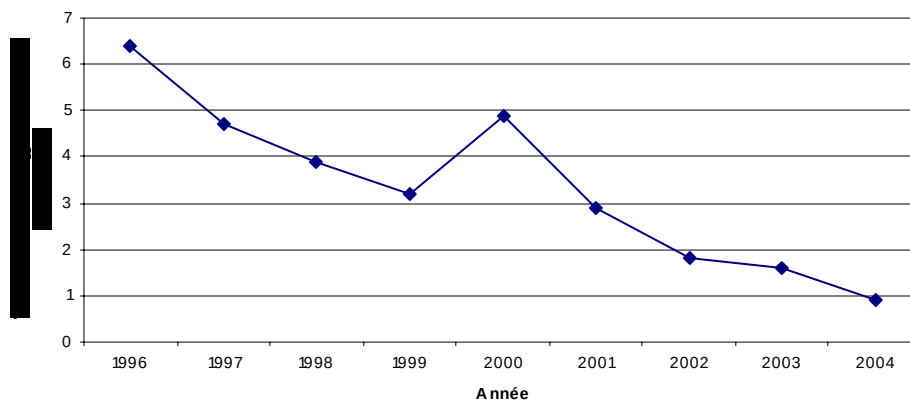
L'évolution de cette MADO doit être suivie de très près. Une campagne d'information s'adressant à la communauté gaie de Montréal a d'ailleurs été lancée par la DSP de Montréal en décembre 2005, avec le soutien financier du MSSS.

2.5 Hépatite B

L'hépatite B est une infection virale transmissible sexuellement et par le sang. Cette infection est évitable par la vaccination. Depuis 1994, un programme de vaccination, comportant trois doses, est offert aux élèves en 4^e année du primaire. Des programmes de vaccination visent également divers groupes à risque comme les usagers de drogues par injection.

Les cas d'hépatite B déclarés peuvent être de trois types : infection aiguë, porteur (infection chronique) et statut non précisé. Au cours de l'année 2004, 17 cas d'infection aiguë ont été déclarés ainsi que 340 cas porteurs et 396 cas au statut non précisé. Ces cas représentent respectivement des taux d'incidence, par 100 000 personnes, de 0,9, 18,5 et 21,5. La figure 9 illustre la diminution marquée du taux d'incidence de l'hépatite aiguë depuis 1996 à Montréal. Les programmes de vaccination ont sans doute contribué à la baisse observée.

Figure 9 : Taux d'incidence de l'hépatite B aiguë à Montréal de 1996 à 2004



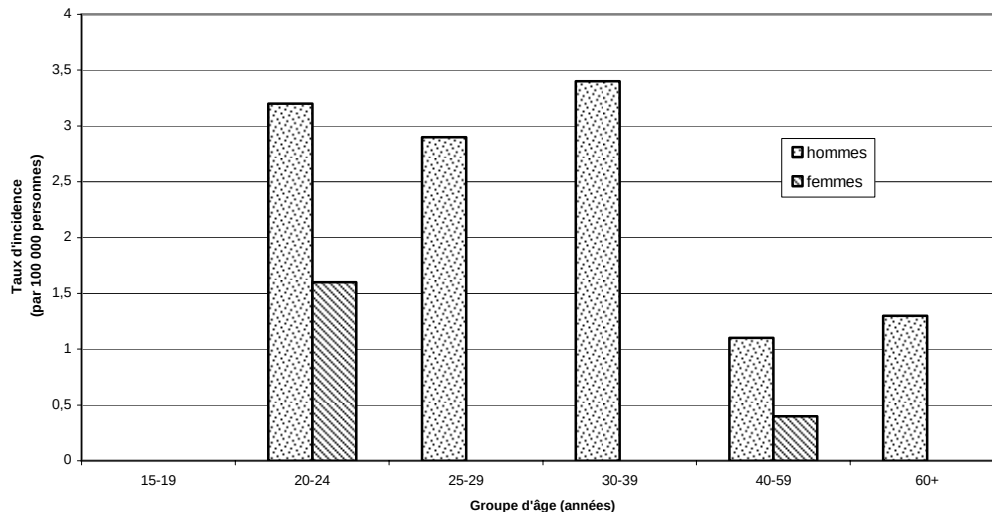
Pour les trois types de cas d'hépatite B, on retrouve plus d'hommes que des femmes. Les hommes représentent 82 % des cas aigus, 59 % des cas porteurs et 62 % des cas dont le statut n'est pas précisé.

Les hommes âgés de 30 à 39 ans sont les plus touchés par l'hépatite B de statut non précisé (51,5 par 100 000 personnes) suivis par ceux de 25 à 29 ans (37,7 par 100 000 personnes). Pour les cas d'hépatite B porteur, on retrouve les taux les plus élevés chez les mêmes groupes d'âge, avec 46,0 et 31,9 par 100 000 personnes.

Chez les femmes, les taux les plus élevés pour les cas de statut non précisé et les cas porteurs se trouvent chez les 25 à 29 ans (41,9 et 58,4 par 100 000 personnes), suivis par les 30 à 39 ans (36,9 et 30,4 par 100 000 personnes).

La figure 10 présente les taux d'incidence de l'hépatite B aiguë par groupe d'âge et par sexe pour 2004. Chez les hommes, les taux les plus élevés se retrouvent chez les 30 à 39 ans (3,4 par 100 000 personnes) et chez les 20 à 24 ans (3,2 par 100 000 personnes) alors que chez les femmes, le taux maximal, de 1,6 par 100 000 personnes, est observé chez les 20 à 24 ans.

Figure 10 : Taux d'incidence de l'hépatite B aiguë par groupe d'âge et sexe à Montréal en 2004



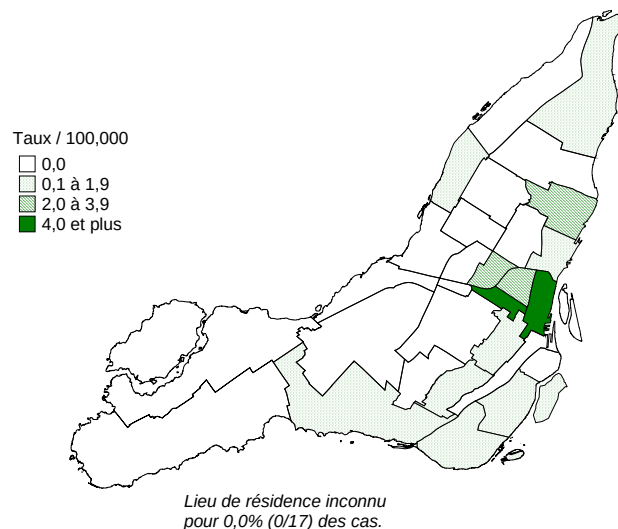
Le tableau 4 présente le nombre de cas rapportés d'hépatite B, cas aigus, porteur et statut non spécifié par territoire de CSSS de résidence des cas. Le taux d'incidence le plus élevé pour l'hépatite B aiguë a été noté pour le territoire du CSSS Jeanne-Mance.

Tableau 4 : Nombre de cas d'hépatite B déclarés à Montréal en 2004 et taux d'incidence d'hépatite B aiguë par territoire de CSSS

CSSS	Nombre de cas			Taux d'incidence d'hépatite B aiguë (par 100 000)
	Aigu	Porteur	Non précisé	
Jeanne-Mance	7	26	35	5,2
LaSalle/Vieux Lachine	2	18	20	1,5
Lucille-Teasdale	2	21	23	1,2
Petite Patrie/Villeray	1	26	31	0,9
Sud-Ouest/Verdun	1	33	32	0,8
Cavendish	1	23	27	0,8
Ahuntsic/Montréal-Nord	1	29	29	0,6
Pointe de l'île de la Montagne	1	20	13	0,5
Bordeaux-Cartierville/St-Laurent	0	33	43	0,0
St-Léonard/St-Michel	0	22	32	0,0
Ouest de l'île	0	14	15	0,0
Inconnu	0	2	14	

La figure 11 présente le taux d'incidence de l'hépatite B aiguë par territoire de CLSC pour l'année 2004. Deux territoires de CLSC présentent des taux de 4,0 par 100 000 personnes et plus : des Faubourgs et Saint-Louis-du-Parc.

Figure 11 : Taux d'incidence de l'hépatite B aiguë selon le territoire de CLSC à Montréal en 2004



Les données d'enquêtes épidémiologiques pour les cas déclarés en 2003 suggèrent un rôle important pour la transmission sexuelle. En effet, parmi les 29 cas d'hépatite B aiguë déclarés en 2003, 11 ne rapportaient aucun facteur de risque au cours de la période d'incubation. Parmi les autres, on retrouvait quatre personnes ayant probablement acquis l'infection lors d'un voyage dans un pays endémique, trois personnes ayant eu des partenaires sexuels multiples, deux hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes, deux personnes ayant eu un partenaire sexuel atteint d'hépatite B, deux personnes ayant eu un partenaire sexuel avec des facteurs de risque pour l'hépatite B, deux personnes ayant consommé des drogues par injection, deux itinérants et un enfant de moins d'un an. Une transmission sexuelle serait donc possible pour neuf cas, soit le tiers des cas déclarés.

2.6 Hépatite C

L'hépatite C est une infection virale qui peut se transmettre par le sang ainsi que, dans une moindre mesure, sexuellement. Elle est à déclaration obligatoire par les laboratoires seulement depuis avril 2002; elle était auparavant à déclaration obligatoire uniquement par les médecins.

À l'heure actuelle, au Québec, comme partout dans les pays industrialisés, le principal mode de transmission du virus de l'hépatite C est le partage de matériel d'injection. Il n'existe pas de vaccin pour prévenir cette infection.

Les cas déclarés d'hépatite C peuvent être de deux types : infection aiguë et statut non précisé. L'infection par ce virus est rarement diagnostiquée dans la phase aiguë en raison de sa présentation non spécifique et fréquemment asymptomatique. Comme il n'existe pas de test pour distinguer les cas aigus des infections chroniques, le statut des cas est généralement non précisé.

L'hépatite C est la deuxième MADO en importance pour le nombre annuel de déclarations. En 2004, 1267 cas d'hépatite C de statut non précisé ont été déclarés à Montréal. Toutefois, aucun cas d'hépatite C aiguë n'a été déclaré.

Parmi les cas de statut non précisé déclarés en 2004, 61 % sont de sexe masculin (hommes : 775, femmes : 443 et sexe inconnu : 49). Ajoutons que 51 % des cas sont âgés de 40 à 59 ans, 20 % sont âgés de 30 à 39 ans et 13 % sont âgés de 60 ans et plus.

Les données sur les taux d'incidence de l'hépatite C ne peuvent pas provenir de la surveillance des MADO. Elles doivent être obtenues par des études épidémiologiques menées auprès de populations vulnérables. Les données de certaines de ces études sont présentées dans la section suivante.

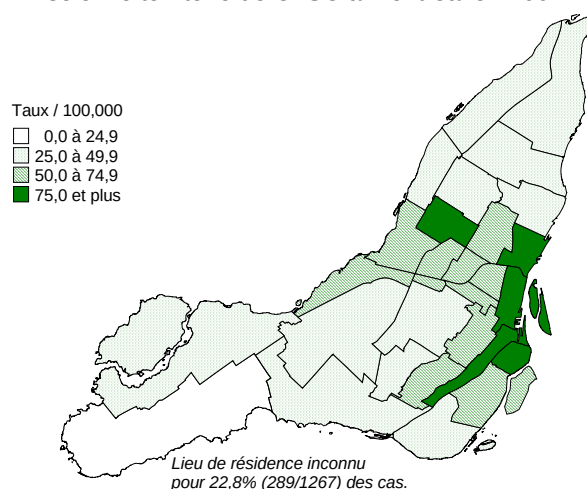
Le tableau qui suit présente le nombre de cas d'hépatite C, statut non précisé, par territoire de CSSS pour 2004 ainsi que le nombre de cas déclarés par 100 000 personnes sur le territoire de chaque CSSS. Cette proportion ne peut être appelée un taux d'incidence puisque l'on ne parle pas de nouveaux cas d'hépatite C (cas incidents), mais plutôt de cas déclarés pouvant avoir acquis l'infection à n'importe quel moment dans le passé.

Tableau 5 : Nombre de cas (absolu et par 100 000 de population) d'hépatite C, statut non précisé, déclarés à Montréal en 2004 par territoire de CSSS

CSSS	Nombre de cas	Nombre de cas déclarés par 100 000 personnes
Jeanne-Mance	151	111,5
Sud-Ouest/Verdun	103	79,7
Petite Patrie/Villeray	71	65,7
Lucille-Teasdale	101	62,8
Ahuntsic/Montréal-Nord	86	55,9
St-Léonard/St-Michel	69	54,8
de la Montagne	114	48,8
Cavendish	56	46,2
Bordeaux-Cartierville/St-Laurent	60	45,1
Pointe de l'île	68	37,0
LaSalle/Vieux Lachine	47	35,5
Ouest de l'île	52	23,4
Inconnu	289	--

La figure 12 présente le nombre de cas d'hépatite C (statut non précisé) par 100 000 personnes pour les différents territoires de CLSC de Montréal en 2004. Cinq territoires de CLSC présentent une proportion de cas par personnes de plus de 75 par 100 000 personnes, soit ceux des CLSC suivants : des Faubourgs, Pointe Saint-Charles, Saint-Henri, Hochelaga-Maisonneuve et Saint-Michel. La plus basse proportion est observée sur le territoire du CLSC Lac Saint-Louis (20,1 par 100 000 personnes).

Figure 12 : Nombre de cas d'hépatite C (statut non précisé) déclarés par 100 000 personnes selon le territoire de CLSC à Montréal en 2004



2.7 Infection par le VIH

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est transmissible sexuellement et par le sang. Tel que mentionné, l'infection par le VIH est à déclaration obligatoire auprès de la Direction de santé publique uniquement si la personne infectée a reçu ou donné du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus. En 2004, aucun cas de ce type n'a été déclaré à Montréal.

Au Québec, toutes les analyses de confirmation des tests anti-VIH sont effectuées par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Depuis avril 2002, cet organisme est chargé de la collecte de renseignements épidémiologiques sur les cas confirmés d'infection par le VIH. Cette collecte est faite par un intervenant en santé publique du LSPQ auprès du médecin ayant demandé le test. Pour le sida, certains renseignements épidémiologiques sont fournis par le médecin ayant fait le diagnostic d'une maladie indicatrice du sida. La surveillance de l'infection par le VIH et du sida sont donc effectuées sur une base provinciale plutôt que régionale.

Les données sur les taux d'incidence de cette infection ne peuvent donc pas provenir de la surveillance régionale des MADO. Cependant, diverses études épidémiologiques menées auprès de populations vulnérables fournissent de précieux renseignements sur la situation de l'infection par le VIH à Montréal. Les données de certaines de ces études sont présentées dans la section suivante.

3. Situation épidémiologique des infections par le VIH et le VHC, telle que fournie par les études épidémiologiques

3.1. Surveillance épidémiologique du VIH et du VHC chez les usagers de drogues par injection

3.1.1 Description du réseau de surveillance et des participants

SurvUDI est un système de surveillance du VIH et du VHC chez les usagers de drogues par injection (UDI) du Québec et de la ville d'Ottawa qui a débuté en 1995. Depuis 2003, SurvUDI fait partie d'un réseau canadien de surveillance auprès des UDI nommé *I-Track*.

À Montréal, les participants sont recrutés principalement à Cactus mais aussi à Spectre de rue, à L'Anonyme et dans d'autres organismes communautaires. Pour être recruté, un individu doit s'être injecté des drogues au cours des six mois précédents. Chaque individu peut participer à plus d'une reprise, mais jamais deux fois à l'intérieur d'une période de six mois. Lors de chaque entrevue, un questionnaire est complété par l'intervieweur et un prélèvement d'exsudat gingival (salive) est fait pour le dépistage des anticorps contre le VIH et le VHC.

Entre 1995 et le 31 juin 2004, 6390 questionnaires SurvUDI ont été complétés à Montréal par environ 4 000 UDI différents, soit 1 003 femmes (25 %) et 2 969 hommes (75 %).² L'âge moyen des femmes recrutées était de 25,9 ans comparativement à 32,3 ans chez les hommes.

Au cours des six mois avant leur recrutement, la majorité des 3 972 participants de Montréal s'étaient injecté de la cocaïne (86 %), plus de la moitié s'étaient injecté de l'héroïne (53 %), 17 % s'étaient injecté un mélange de cocaïne et d'héroïne, 9 % du dilaudid (un médicament opiacé), 6 % du PCP (phénylcyclidine) et 5 % de la morphine non prescrite.

En 2003 et 2004, des informations ont été recueillies sur les drogues consommées autrement que par injection au cours des six mois précédents. Parmi les UDI recrutés à Montréal, 84 % rapportent avoir ainsi consommé de l'alcool, 75 % du cannabis, 57 % du crack, 46 % de la cocaïne, 28 % du PCP et 21 % du dilaudid.

Depuis le début de l'étude, la proportion des UDI montréalais qui rapportent avoir utilisé au moins une fois une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre au cours des six mois précédents a diminué de façon significative. En effet, cette proportion est passée de 45 % en 1995 à 33 % des UDI en 2003.

Certaines données descriptives sur les lieux de résidence et d'injection sont disponibles, mais elles portent sur les participants recrutés dans tout le réseau en 2003 et 2004 et non pas seulement sur ceux recrutés à Montréal. Ainsi, 67 % de ces UDI habitaient au moment de l'entrevue dans une résidence privée (maison ou appartement), 12 % dans une chambre (hôtel, motel ou pension), 10 % dans la rue ou dans un squat, 9 % dans un établissement comme un refuge ou un centre de

transition et 1 % habitaient dans un centre de détention. Au cours des six mois précédant leur recrutement, 24 % des UDI ont habité la rue et 16 %, en centre de détention. Au cours des six mois précédents, les deux tiers (69 %) des UDI recrutés en 2003 et 2004 s'étaient injectés dans leur appartement, 44 % dans la rue, 44 % dans le lieu de résidence d'un ami, 26 % dans un hôtel ou un motel, 15 % dans une chambre ou une pension et 10 % dans des toilettes publiques. Un peu plus de la moitié des répondants (55 %) s'étaient injectés le plus souvent dans leur appartement et 18 % l'avaient fait le plus souvent dans la rue.

3.1.2 Prévalence et incidence du VIH et du VHC chez les participants

Le taux de prévalence du VIH mesuré chez les UDI recrutés à Montréal entre 1995 et 2004 est de 17,5 %.

Le devis de l'étude permet de mesurer le taux d'incidence du VIH, soit le taux d'apparition de nouvelles infections. Ainsi, les 921 UDI recrutés à Montréal entre 1995 et 2004 qui n'étaient pas infectés par le VIH à l'entrée et qui ont participé plus d'une fois ont permis de mesurer un taux d'incidence du VIH de 4,5 par 100 personnes-années. Ce taux signifie que, chaque année, entre 4 et 5 UDI non infectés sur 100 acquièrent le VIH.

Le taux d'incidence du VIH a fluctué à travers les années. En effet, il était de 5,9 par 100 personnes-années en 1995. Il est descendu autour de 3 par 100 personnes-années en 2001 pour remonter en 2002 et 2003. Le taux observé en 2003 est de 6,1 par 100 personnes-années. Cette augmentation possible suscite des questionnements. Serait-elle liée à des modifications dans le marché de la drogue, à des problèmes d'accessibilité aux services ou à l'intensification de la surveillance policière aux abords des deux principaux programmes d'accès au matériel stérile d'injection? Il sera important de suivre cette tendance de l'incidence du VIH et d'en comprendre les causes.

Une analyse effectuée sur les données recueillies entre 1995 et juin 2003 a montré que les facteurs qui augmentent le risque d'acquérir le VIH chez les UDI montréalais sont l'âge (le risque augmentant à chaque année d'âge), l'utilisation de seringues déjà utilisées par un autre UDI et le fait de s'injecter le plus souvent de la cocaïne. (Communication personnelle Roy et Morissette, 2005)

Parmi les UDI recrutés à Montréal depuis le début du dépistage VHC en 2003, le taux de prévalence du VHC est de 66,6 %. (Alary et al. 2004). Une analyse rétrospective des échantillons recueillis entre 1997 et 2003 a permis d'estimer à 26,3 par 100 personnes-années le taux d'incidence du VHC chez les UDI montréalais non infectés par ce virus.³

Finalement, les données de SurvUDI suggèrent que la consommation de crack a gagné du terrain entre 1995 et 2003. Elles montrent également, durant la même période, une diminution de la probabilité qu'un injecteur de cocaïne s'injecte tous les jours. Y a-t-il un lien entre ces deux observations? Des analyses plus approfondies seront nécessaires pour répondre à ces questions. (Communication personnelle Roy et Morissette, 2005)

3.1.3 *Données de monitoring des activités des programmes d'accès au matériel stérile d'injection*

À Montréal, une vingtaine d'organismes communautaires et de CLSC offrent des services aux UDI et adoptent une approche de réduction des méfaits dans leurs interventions de prévention auprès de cette population. Afin de réduire les problèmes de santé des UDI, notamment la transmission du VIH et du VHC, ils distribuent gratuitement le matériel pour des injections à risques réduits. Ce matériel inclut seringues, tampons d'alcool, ampoules d'eau stérile, « Sécuricups » (kits servant à la dilution, au chauffage et à la filtration de la drogue) et contenants sécuritaires pour les seringues utilisées. De plus, ils récupèrent les seringues usagées et distribuent gratuitement des condoms. En plus de distribuer du matériel, les intervenants de ces organismes offrent plusieurs services à leur clientèle, tant de l'information et de l'éducation que des orientations et des références vers d'autres ressources. Ces services sont destinés à répondre à certains besoins de base ainsi qu'au support à la réduction ou à l'arrêt de la consommation.

Entre avril 2004 et mars 2005, 59 132 visites ont été comptabilisées dans ces 20 organismes montréalais. (Communication personnelle Morissette et Leclerc, 2005) Les deux tiers de ces visites (65 %) ont été effectuées par des hommes et la plus grande proportion (30 %) ont été faites par des personnes âgées de 40 ans et plus. Les femmes qui ont visité les organismes étaient plus jeunes que les hommes qui l'ont fait. En effet, l'âge moyen des femmes était de 29,0 ans et celui des hommes, de 36,3 ans.

Au cours de cette année, les organismes participant au monitoring ont distribué gratuitement 796 114 seringues, 242 644 ampoules d'eau stérile, 84 552 « Sécuricups » et 7 472 contenants pour l'entreposage des seringues utilisées. Durant cette période, ils ont également récupéré 598 501 seringues et 5 425 contenants pour l'entreposage des seringues. De plus, ils ont distribué 499 917 condoms. Finalement, plus d'une visite sur deux, soit 51 %, a donné lieu à une intervention de l'un des types suivants : 1) information et éducation, 2) support et accompagnement dans une démarche ou une réflexion, 3) orientation vers une ressource ou 4) référence formelle vers une ressource.

Les données recueillies dans le cadre du monitoring fournissent des informations sur la région de résidence des personnes qui fréquentent les programmes d'accès au matériel stérile d'injection. Ainsi, en 2004-2005, la vaste majorité des 59 132 visites, soit 88 %, ont été effectuées par des résidents de l'île de Montréal.^b Ces Montréalais provenaient des douze territoires de CSSS de l'île. Le tableau qui suit présente leur répartition par territoire de CSSS. Le territoire d'où provenaient le plus de visites était, et de loin, celui du CSSS Jeanne-Mance, avec 65 % des visites de Montréalais.

^b Parmi les visites pour lesquelles cette information était disponible.

Tableau 7 : Nombre de visites enregistrées dans les programmes d'accès au matériel stérile d'injection par des résidents de l'île de Montréal par territoire de CSSS de résidence des participants (avril 2004 à mars 2005)

CSSS	Nombre de visites
Jeanne-Mance	27 056
Lucille-Teasdale	6 162
Sud-Ouest/Verdun	1 732
Ahuntsic/Montréal-Nord	1 304
Petite Patrie/Villeray	1 147
Pointe de l'île	1 147
de la Montagne	1 060
LaSalle/Vieux Lachine	589
St-Léonard/St-Michel	536
Cavendish	472
Bordeaux-Cartierville/St-Laurent	373
Ouest de l'île	156

Quelques faits saillants sur les UDI montréalais :

- environ un UDI sur trois est une femme
- les femmes UDI sont plus jeunes que les hommes UDI
- des UDI provenant de tous les territoires de CSSS utilisent les services des programmes d'accès au matériel stérile d'injection
- environ neuf UDI sur dix s'injectent de la cocaïne
- la proportion d'UDI s'étant injectés avec une seringue déjà utilisée par d'autres (6 derniers mois) a diminué de 45 % à 33 % entre 1995 et 2003
- près d'un UDI sur six est atteint par le VIH
- le taux d'incidence du VIH est de 6,1 par 100 personnes-années ; une augmentation récente de ce taux a été observée
- environ deux UDI sur trois sont atteints par le VHC
- le taux d'incidence du VHC est de 26,3 par 100 personnes-années
- la proportion d'UDI consommant du crack a augmenté entre 1995 et 2003

3.2 Situation épidémiologique du VIH et du VHC chez les jeunes de la rue de Montréal

3.2.1 Description des études et des participants

Les informations sur les jeunes de la rue de Montréal proviennent de différentes études épidémiologiques menées depuis 1995.

Ainsi, entre juillet 2001 et juin 2004, 860 jeunes de la rue âgés entre 14 et 23 ans ont été recrutés dans une étude de cohorte portant sur l'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés à l'injection de drogues.⁴ Ces participants, dont 69 % étaient des garçons, ont été recrutés dans les organismes communautaires offrant des services gratuits à ces jeunes comme Chez Pop's et Le Refuge des jeunes de Montréal.

L'âge moyen des jeunes lors de leur recrutement était de 20,4 ans. La vaste majorité d'entre eux (93 %) sont nés au Canada. Trente-huit jeunes ont une mère autochtone et 35, un père autochtone (incluant 9 jeunes dont les deux parents sont autochtones). Environ le tiers des jeunes (32 %) habitaient principalement à Montréal lorsqu'ils étaient avec leurs parents et 53 % habitaient principalement dans une autre ville de la province.

Presque tous les participants (856) ont déjà été sans abri selon la définition de l'étude : avoir dormi dans un refuge ou un centre d'hébergement, dehors, dans un terminus, un squat ou chez des amis ou de la parenté faute d'avoir un endroit où dormir. Lors de leur premier épisode sans abri, ils étaient âgés en moyenne de 15,6 ans. En tout, ils ont été sans abri en moyenne 1,5 année. Au cours des six mois avant leur entrée dans l'étude, 83 % des jeunes ont été sans abri au moins une nuit.

Dans les six mois avant leur recrutement, les jeunes ont fréquenté de nombreux organismes en itinérance. Ceux fréquentés par les plus grandes proportions de jeunes sont les suivants : Chez Pop's (89 % des jeunes y sont allés), la roulotte Le Bon Dieu dans la rue (64 %), Le Roc (56 %), Le Refuge (39 %), L'Anonyme (34 %), Le Bunker (34 %) Spectre de rue (31 %) et PIAMP/Le Repère (23 %).

La consommation de drogues illicites est fréquente chez les jeunes de la rue. Ainsi, 99 % ont déjà consommé de la marijuana, 92 % des hallucinogènes (acide, PCP, mushrooms), 86 % de la cocaïne, du crack ou de la freebase, 68 % des amphétamines (incluant l'ecstasy), 42 % de l'héroïne, 32 % des solvants ou de la colle, 19 % un mélange d'héroïne et de cocaïne et 23 % d'autres drogues.

Près de la moitié des participants (46 %) s'étaient injecté des drogues au moins une fois avant leur recrutement dans l'étude. Ils s'étaient injectés la première fois à l'âge moyen de 16,8 ans. Les plus jeunes l'avaient fait à 11 ans et les plus vieux, à 23 ans. Les drogues déjà injectées par le plus grand nombre de jeunes dans leur vie étaient la cocaïne, le crack ou la freebase (86 % des injecteurs), l'héroïne (72 %), la cocaïne et l'héroïne mélangées (37 %) et les hallucinogènes (27 %). Parmi les jeunes s'étant déjà injectés, 12 % s'étaient injectés une seule fois alors que 29 %

s'étaient injectés plus de 1000 fois dans leur vie. Les deux tiers (67 %) des jeunes s'étant déjà injectés l'ont fait au moins une fois au cours des six mois précédant leur entrée dans l'étude.

L'étude de cohorte permet de mesurer l'apparition de certains comportements en cours de suivi. Au 31 mars 2005, 384 jeunes ne s'étaient jamais injectés lors de leur recrutement et avaient complété au moins un questionnaire de suivi. Parmi eux, 45 avaient commencé à s'injecter en cours de suivi, ce qui représente un taux d'incidence de l'injection de 5,8 par 100 personnes-années. Ce taux signifie que, chaque année, près de 6 jeunes de la rue sur 100 commencent à s'injecter.

Outre la consommation de drogues, d'autres problématiques de santé sont vécues par ces jeunes. Ainsi, la grossesse est un phénomène très présent chez les jeunes filles de la rue. En effet, à leur entrée dans l'étude, presque la moitié des participantes (49 %) ont indiqué avoir été enceintes au moins une fois. Parmi elles, 46 % ont eu deux grossesses ou plus, ce nombre pouvant aller jusqu'à onze.

Un nombre élevé de participants ont rapporté avoir déjà eu des activités sexuelles en échange d'argent, de drogue, d'un endroit pour dormir ou d'autre chose. Parmi les 852 jeunes ayant déjà eu des activités sexuelles, le tiers (32 %) rapportent avoir ainsi eu des activités sexuelles en échange de quelque chose. Cette proportion est de 43 % chez les filles et de 28 % chez les garçons.

Une analyse de la mortalité chez les jeunes de la rue a été effectuée à partir des données d'une autre étude de cohorte menée entre 1995 et 2001.⁵ Parmi les 1013 jeunes âgés de 14 à 25 ans lors de leur recrutement, 26 sont décédés en cours de suivi. Ceci correspond à un taux de mortalité de 9,2 par 100 personnes-années. Ce taux est 11,4 fois plus élevé que celui de la population québécoise lorsque l'on tient compte de l'âge et du sexe. Les principales causes de décès des participants étaient le suicide (treize jeunes) et la surdose de drogues (huit jeunes).

3.2.2. Prévalence et incidence du VIH et du VHC chez les participants

Les infections par le VIH et le VHC sont très présentes chez les jeunes de la rue. En effet, dans l'étude de cohorte débutée en 2001, 0,9 % des participants avaient, à l'entrée, des anticorps contre le VIH et 14 % contre le VHC.³ Chez les jeunes s'étant déjà injecté des drogues, ces proportions étaient de 2% pour le VIH et de 31 % pour le VHC.

Au 31 mars 2005, parmi 697 jeunes non infectés par le VIH à l'entrée et ayant au moins un autre résultat VIH, le taux d'incidence du VIH était de 0,9 par 100 personnes-années. De même, parmi les 598 jeunes non porteurs d'anticorps contre le VHC et ayant au moins un autre résultat VHC, le taux d'incidence du VHC était de 4,5 par 100 personnes-années. Si l'on restreint l'analyse aux jeunes actifs dans l'injection durant le suivi, le taux d'incidence du VHC est de 22,1 par 100 personnes-années.

Quelques faits saillants sur les jeunes de la rue de Montréal :

- environ le tiers sont de sexe féminin
- presque tous ont déjà consommé des drogues illicites
- environ un sur deux s'est déjà injecté des drogues
- la 1^{ère} injection a eu lieu à un âge moyen de 16,8
- environ une jeune fille de la rue sur deux a déjà été enceinte
- un jeune de la rue sur trois a déjà eu des activités sexuelles en échange d'argent, de drogue ou d'autre chose
- le taux de mortalité des jeunes de la rue est 11 fois plus élevé que celui des jeunes Québécois, en ajustant pour l'âge et le sexe
- environ 1 % des jeunes de la rue sont infectés par le VIH
- le taux d'incidence du VIH est de 0,6 par 100 personnes-années
- environ 14 % des jeunes de la rue sont infectés par le VHC
- le taux d'incidence du VHC est de 4,7 par 100 personnes-années

3.3. Situation épidémiologique du VIH et du VHC chez les hommes de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes

3.3.1. Description du projet ARGUS et de ses résultats

Argus est une enquête sur le VIH, les hépatites virales et les ITS ainsi que sur les comportements à risques associés chez les hommes de Montréal ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.⁶ Ce projet fait partie d'un réseau canadien de surveillance auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) nommé *M-Track*.

Le recrutement pour le projet Argus s'est effectué dans le « village gai », dans 40 milieux de socialisation gais et bissexuels comme des bars, des discothèques, des cafés et des saunas. Pour être éligibles, les hommes devaient avoir déjà eu des relations sexuelles avec d'autres hommes, demeurer sur l'île de Montréal, être âgés de 18 ans et plus, parler et lire le français ou l'anglais et ne jamais avoir participé à l'étude. Chaque participant complétait un questionnaire auto-administré (couvrant les comportements sexuels et de consommation d'alcool et de drogues des six mois précédents) et fournissait un échantillon de sang (sur goutte de sang séché) pour le dépistage des anticorps anti-VIH et anti-VHC et de la syphilis.

Entre janvier et août 2005, 4 287 hommes ont été approchés pour participer. Parmi eux, 89 % ont accepté de participer; 61 % étaient éligibles. Un questionnaire complet est disponible pour 1 957 participants. Près de 40 % des participants (39 %) étaient âgés de 31 à 45 ans, 32 % de 18 à 30

ans et 29 % de 46 ans et plus. Sept participants sur dix avaient complété leur niveau secondaire et un sur deux avait un revenu annuel brut de 30 000 \$ et plus.

Au cours des six mois précédant le recrutement, 59 % ont recherché au moins une fois un partenaire sexuel masculin dans un bar gai, 41 % dans un sauna, 31 % via internet, 30 % dans un bar « after-hour » et 25 % dans un endroit public comme un parc ou une toilette. Durant cette même période, 30 % ont eu deux partenaires sexuels réguliers ou plus, 75 % ont eu au moins un partenaire sexuel occasionnel (partenaire d'une seule rencontre) et 33 % ont eu six partenaires sexuels occasionnels ou plus. Près de deux participants sur trois (64 %) ont eu des relations sexuelles anales et un sur cinq (21 %) a eu des relations sexuelles anales non protégées avec un partenaire occasionnel.

Environ un participant sur cinq (22 %) a consommé de la cocaïne par voie nasale au cours des six mois précédents alors que 1,7 % ont fumé ou consommé par voie nasale de l'héroïne, 3,0 % se sont injecté des drogues et 1,3 % se sont injecté des stéroïdes.

Dans leur vie, 84 % des participants ont été dépistés au moins une fois pour le VIH, 61 % pour l'hépatite C et 51 % pour la syphilis. Concernant le dépistage récent, i.e. au cours des 18 mois précédant l'entrevue, ces proportions étaient respectivement de 47 %, 34 % et 36 %.

Les analyses de laboratoire ont montré une prévalence du VIH de 12,4 % parmi les participants. Les hommes 41 à 50 ans ont la prévalence la plus élevée (19,9 %) alors qu'elle est de 4,6 % chez les 18 à 30 ans, de 16,4 % chez les 31 à 40 ans et de 11,6 % chez les hommes de 51 ans et plus. Parmi les participants infectés par le VIH, 25 % ignoraient être infecté.

Globalement, la prévalence du VHC parmi les participants est de 5,6 %. Le groupe d'âge le plus touché est celui des 31 à 40 ans, avec 8,4 %. La prévalence est similaire dans les trois autres groupes d'âge (18-30 : 4,6 %, 41-50 : 4,7 % et 51 et plus : 4,4 %). Ajoutons que la prévalence est nettement plus élevée chez les participants s'étant déjà injecté des drogues que chez les autres (61,1 % vs 1,8 %).

3.3.2 Données provenant de l'étude OMÉGA

L'étude de cohorte Oméga, menée à Montréal, a suivi durant plusieurs années des hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les participants recrutés ne devaient pas être infectés par le VIH à l'entrée ou ne pas connaître leur statut. Des visites de suivi dans l'étude avaient lieu à tous les six mois.

Les données recueillies dans l'étude entre octobre 1996 et juin 2003 montrent, parmi les 1 592 participants non infectés à l'entrée, un taux d'incidence de l'infection au VIH de 0,62 par 100 personnes-années.⁷ Les données suggèrent une hausse du taux d'incidence au cours de l'étude. En effet, il était de 0,43 par 100 personnes-années en 2000 et avait atteint 0,83 par 100 personnes-années en 2002-2003. Bien que non significative, cette hausse était présente chez les participants de moins de 30 ans comme chez ceux âgés de 30 ans et plus. Dans cette étude, deux comportements ont été trouvés fortement associés à la séroconversion : avoir eu des pénétrations

anales réceptives non protégées avec un partenaire de statut VIH autre que négatif et avoir eu plus de cinq partenaires sexuels occasionnels.

Quelques faits saillants sur les hommes de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes (comportements des six mois précédents) :

En 2005 :

- 33 % des HARSAH ont eu six partenaires sexuels occasionnels masculins ou plus
- 21 % des HARSAH ont eu des relations sexuelles anales non protégées avec un partenaire sexuel occasionnel
- 22 % ont consommé de la cocaïne par voie nasale
- 3 % se sont injecté des drogues
- 12 % sont infectés par le VIH
- le quart des hommes VIH+ ignoraient être infectés
- 6 % des HARSAH sont infectés par le VHC

Entre 1996 et 2003 :

- le taux d'incidence du VIH est de 0,6 par 100 personnes-années
- le taux d'incidence du VIH pourrait avoir augmenté en 2002-2003 comparativement aux années précédentes

3.4 Situation épidémiologique du VIH dans les populations ethnoculturelles et autochtone

3.4.1 Les populations ethnoculturelles

Les membres de nombreuses communautés ethnoculturelles peuvent se retrouver dans des situations de vulnérabilité en raison de conditions particulières liées à la pauvreté, à l'isolement et aux inégalités d'accès aux services préventifs. À cela s'ajoute l'âge moyen relativement bas des membres de ces communautés. Ces différentes conditions mènent souvent à l'adoption de comportements à risque pour la transmission des ITSS⁸. De plus, l'épidémie du VIH dans le pays d'origine de certaines communautés est considérée comme généralisée avec une prévalence de l'infection au VIH supérieure à 1 % chez les femmes enceintes⁹. Ainsi, même si environ 1,5 % de la population générale canadienne est d'origine ethnoculturelle autre que canadienne, cette catégorie représente environ 7 à 10 % des cas de sida pour lesquels le mode de transmission présumé est la relation hétérosexuelle.¹⁰ Au Québec, il y a 1 294 cas confirmés d'infection par le VIH dont le prélèvement a été effectué en 2002 et 2003 et pour lesquels des renseignements épidémiologiques étaient disponibles. Parmi eux, 200, soit 15,5 %, sont d'origine ethnoculturelle.¹¹

Au recensement canadien de 2001, on dénombrait 82 405 Québécois d'origine haïtienne (QOH) : 37 940 hommes (46,0 %) et 44 465 femmes (54,0 %).¹² La majorité de cette population réside dans le nord et le nord-est de l'île de Montréal. Une étude épidémiologique réalisée en 1994-1996 auprès de cette population révèle une prévalence du VIH de 1,3 % (1,5 % chez les hommes et 1,1 % chez les femmes).¹³ Cette étude a aussi montré que l'installation au Québec est souvent ponctuée de voyages en Haïti, à New-York, Boston ou Miami où se trouvent d'importantes communautés d'origine haïtienne. Les personnes ayant des comportements sexuels à risque sont susceptibles de transmettre le VIH, si elles sont infectées, de Montréal vers Haïti et inversement.

Le Centre maternel et infantile sur le sida (CMIS) du CHU Sainte-Justine est un centre de référence pour les femmes enceintes infectées par le VIH. Depuis son implantation, le CMIS a suivi 634 femmes. Globalement, les femmes d'origine africaine représentent 27 % (173) de ces femmes. Cependant, cette proportion a augmenté de façon importante à travers les années. En effet, les premières femmes d'origine africaine ont été suivies au CMIS en 1990. En 1997 et 1998, elles représentaient près du quart des femmes suivies (5/21 en 1997 et 11/47 en 1998). En 2004, leur proportion atteignait 49 % (21/43) et en 2005 (au 30 juin), 71 % (12/17). Les pays d'où proviennent le plus grand nombre de ces femmes sont le Congo/Zaïre (29 %), le Rwanda (14%) et le Burundi (13 %). Ces femmes sont souvent de nouvelles arrivantes ayant, pour la majorité, le statut de réfugiées. (Communication personnelle Johanne Samson, février 2006)

Finalement, mentionnons que des données du terrain suggèrent la présence d'une problématique liée à l'usage de crack chez certains jeunes de communautés ethnoculturelles. Cette consommation serait associée à une prise accrue de risques sexuels.

Quelques faits saillants sur les communautés ethnoculturelles de Montréal :

- elles sont sur-représentées parmi les cas confirmés d'infection par le VIH
- prévalence du VIH de 1,3 % observée chez les Québécois d'origine haïtienne de Montréal
- proportion croissante de femmes d'origine africaine parmi les femmes enceintes infectées par le VIH

3.4.2 La population autochtone itinérante

Une étude a été menée récemment à Montréal pour faire le portrait de la population autochtone à risque de contracter la tuberculose ainsi que le VIH, le VHC et d'autres ITSS et d'évaluer les besoins de cette population en lien avec la prévention, le dépistage et les stratégies de traitement.¹⁴

Les informateurs rencontrés considèrent les personnes itinérantes comme étant les plus à risque parmi les Autochtones. Ils ont identifié deux groupes importants, l'un localisé au square Cabot (Atwater et Sainte-Catherine) et l'autre, au parc de la Paix (Saint-Laurent et Sainte-Catherine). Le groupe du square Cabot est constitué d'un noyau d'une quinzaine d'Inuits hommes et femmes

autour desquels gravitent d'autres Inuits. Ce groupe peut compter jusqu'à 40 à 50 personnes durant l'année. Le groupe qui gravite autour du parc de la Paix est, quant à lui, constitué de membres des Premières Nations et d'Inuits. Au cours d'une année, leur nombre varierait entre 100 et 125, dont 65 femmes Inuits et des Premières Nations.

D'après cette étude, les Autochtones vivant dans la rue seraient à risque en raison de leur taux élevé de consommation de drogues; les activités sexuelles en échange de crack seraient un problème. L'utilisation de drogues par injection ne serait pas généralisée, mais certains jeunes des Premières Nations consommeraient de cette façon. Les Autochtones itinérants auraient des pratiques sexuelles non protégées et seraient confrontés à des conditions de vie particulièrement difficiles.

Un des éléments à considérer pour cette population est sa mobilité entre Montréal et les communautés éloignées ainsi que la vulnérabilité qui y est associée.

Quelques faits saillants sur les Autochtones itinérants de Montréal :

- un groupe important gravite autour du square Cabot (coin Atwater et Sainte-Catherine)
- un groupe important gravite autour du parc de la Paix (coin Saint-Laurent et Sainte-Catherine)
- taux élevé de consommation de drogues
- injection de drogues pour quelques membres de cette communauté
- davantage tendance à avoir des pratiques sexuelles non protégées
- conditions de vie particulièrement difficiles
- mobilité entre les centres urbains et les communautés d'origine

3.5 *Situation épidémiologique du VIH et du VHC dans les populations incarcérées*

3.5.1. *Description de l'étude et des participants*

Une étude a été menée auprès de détenus de sept établissements relevant du ministère de la Sécurité publique du Québec, soit cinq établissements pour hommes situés à Québec, Montréal, Chicoutimi, Baie-Comeau et St-Jérôme et deux pour femmes localisés à Québec et Montréal.¹⁵ Les participants ont été recrutés entre janvier et juin 2003. Chacun a complété lui-même, sous la supervision d'un membre de l'équipe de recherche, un questionnaire et a fourni des échantillons de salive pour le dépistage des anticorps anti-VIH et anti-VHC.

Au total, 1 607 personnes ont été recrutées dans l'étude. Leur âge moyen était de 35 ans et 78 % étaient d'origine canadienne-française. Depuis l'âge de 18 ans, les participants avaient été incarcérés en moyenne 6,6 fois (hommes : 8 et femmes : 6).

En dehors de la prison, de nombreux participants avaient eu des comportements à risque. Ainsi, 79 % des hommes et 81 % des femmes avaient déjà sniffé de la cocaïne alors que 28 % des hommes et 43 % des femmes s'étaient déjà injectés. De plus, 48 % des hommes et 60 % des femmes avaient été tatoués. Finalement, mentionnons que 6 % des hommes et 42 % des femmes avaient déjà eu des relations sexuelles anales ou vaginales en échange d'argent. Tous ces comportements à risque étaient présents en proportion plus élevée chez les UDI que chez les non UDI. Concernant les UDI, ajoutons que 53 % des hommes UDI et 56 % des femmes UDI avaient utilisé au moins une fois au cours de leur vie une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre.

En prison, les comportements à risque étaient nettement moins fréquents qu'à l'extérieur des murs, mais étaient tout de même présents. En effet, 24 % des hommes et 13 % des femmes avaient sniffé de la cocaïne alors qu'ils étaient incarcérés alors que 4 % des hommes et près de 1 % des femmes s'y étaient injectés. De plus, 38 % des hommes et 5 % des femmes ont été tatoués alors qu'ils étaient en prison. Finalement, 5 % des hommes et 16 % des femmes avaient eu des relations sexuelles orales-génitales en prison ; 91 % des hommes et toutes les femmes avaient eu au moins une relation non protégée.

3.5.2 Prévalence du VIH et du VHC chez les participants

Parmi l'ensemble des personnes incarcérées ayant participé à l'étude, le taux de prévalence du VIH était de 3,4 %, soit 2,3 % chez les hommes et 8,8 % chez les femmes. Tant chez les hommes que chez les femmes, le taux de prévalence du VIH était plus élevé chez les UDI que chez les non UDI. Ainsi, chez les hommes, le taux était de 7,2 % chez les UDI comparativement à 0,5 % chez les non UDI. Chez les femmes, le taux était de 20,6 % chez les UDI alors qu'aucun cas n'a été détecté chez les non UDI (0 %). Précisons que chez les hommes recrutés dans une prison de Montréal, le taux de prévalence observé était de 3,0 % alors que chez les femmes recrutées dans une prison montréalaise, il était de 9,8 %.

Les taux de prévalence du VHC observés étaient plus élevés que ceux du VIH. Parmi l'ensemble des participants, il était de 18,5 %, soit 16,6 % chez les hommes et 29,2 % chez les femmes. Comme pour le VIH, le taux de prévalence du VHC était plus élevé chez les participants UDI que chez les non UDI (hommes : 53,3 % vs 2,6 %; femmes : 63,6 % vs 3,5 %). Parmi les participants recrutés dans une prison montréalaise, le taux de prévalence du VHC était de 18,4 % chez les hommes et de 29,4 % chez les femmes.

Une analyse des facteurs associés de façon indépendante à l'infection par le VIH a été effectuée, de même qu'une des facteurs associés à l'infection par le VHC. Quatre facteurs de risque communs aux deux infections ont été identifiés. Ces facteurs sont : s'être injecté des drogues, être âgé de 30 ans et plus, avoir déjà reçu de l'argent ou de la drogue en échange de relations sexuelles orales en dehors de prison et avoir utilisé des drogues injectables en prison. De plus, le

fait d'avoir reçu une transfusion de sang entre 1985 et 1990 était significativement associé avec l'infection par le VHC.

Quelques faits saillants sur les populations incarcérées à Montréal :

- 28 % des hommes et 43 % des femmes se sont déjà injecté des drogues
- 6 % des hommes et 42 % des femmes ont déjà reçu de l'argent en échange de relations sexuelles anales ou vaginales
- à Montréal : 3,0 % des hommes et 9,8 % des femmes sont infectés par le VIH
- à Montréal : 18,4 % des hommes et 29,4 % des femmes sont infectés par le VHC

Conclusion

Montréal est une région très touchée par les épidémies d'ITSS. Ces infections peuvent entraîner des complications sévères comme la grossesse ectopique, l'infertilité, la cirrhose, le cancer et même, le décès. Étant donné leur sévérité, ces complications constituent un enjeu au niveau de l'organisation des services. Les ITSS représentent donc un véritable défi de santé publique et une priorité à inscrire dans le PAR/PAL de la région ainsi que dans certains programmes tels que jeunes en difficultés, services généraux et dépendance. Tous les territoires sont concernés par la présence de groupes vulnérables comme les jeunes de milieu scolaire et collégial, les jeunes en lien avec les centres jeunesse, les UDI et les HARSAH. Toutefois, certaines zones doivent recevoir une attention particulière en raison de l'importante concentration de certaines populations comme les UDI, les jeunes de la rue et les HARSAH. La connaissance des données de surveillance complétée par un partage d'informations et d'expériences issues du terrain représente une étape cruciale pour la détermination des besoins et des priorités d'action à inclure dans le projet clinique et organisationnel de chaque CSSS.

Les MADO représentent une source importante pour la surveillance continue de l'état de santé de la population. Grâce aux renseignements ainsi recueillis, il est possible de dresser la situation épidémiologique d'ITSS comme la chlamydie, l'infection gonococcique, la syphilis contagieuse, la lymphogranulomatose vénérienne, l'hépatite B et l'hépatite C. On peut ainsi répondre à des questions comme quels groupes d'âge et quel sexe sont les plus atteints, y a-t-il une évolution d'une année à l'autre et y a-t-il des variations entre les territoires de CSSS ou de CLSC de la région de Montréal.

De plus, les enquêtes épidémiologiques fournissent des renseignements sur les facteurs de risque ou les comportements associés aux infections. Finalement, les études épidémiologiques fournissent des données sur l'incidence du VIH et du VHC dans différentes populations à risque.

Les données tirées du registre des MADO montrent que la chlamydie atteint particulièrement les femmes de 15 à 24 ans ainsi que les hommes de 20 à 29 ans. L'infection gonococcique, quant à elle, affecte surtout les hommes de 20 à 29 ans et la syphilis, presque exclusivement des hommes,

surtout ceux de 30 à 59 ans. La lymphogranulomatose vénérienne touche exclusivement des hommes, surtout ceux de 30 à 59 ans.

Les analyses par territoire de CSSS montrent que tous les territoires de CSSS de Montréal sont touchés par les ITSS. Cependant, pour toutes les ITSS analysées dans ce rapport, un territoire est particulièrement concerné, soit celui du CSSS Jeanne-Mance.

Les enquêtes épidémiologiques menées auprès de cas déclarés montrent que la majorité des cas de syphilis et la totalité des cas de LGV sont survenus chez des HARSAH. Quant aux études épidémiologiques, elles ont montré que les HARSAH, les UDI et les jeunes de la rue sont frappés durement par l'infection par le VIH et que les UDI et les jeunes de la rue le sont aussi par le VHC.

Ces différentes informations permettent d'établir des actions de prévention régionales et locales, adaptées à la réalité épidémiologique dans l'optique de l'application d'une approche populationnelle. Toutefois, pour pouvoir développer et implanter ces actions et mettre en place des services préventifs efficaces, la bonne connaissance du terrain et la mobilisation des intervenants du CSSS et des partenaires sont essentielles.

RÉFÉRENCES

- 1 Données provenant du fichier central MADO et produites par le Bureau de surveillance épidémiologique de Montréal (Direction de santé publique, Secteur Vigie et protection) pour l'année 2004. Données disponibles au 2005-07-20 (à l'exception des cartes : données disponible au 2006-01-23).

Les statistiques sur les MADO peuvent être consultées sur le site de la Direction de la santé publique de Montréal, à l'adresse suivante : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/mado/index.html>

- 2 Alary M., Morissette C., Roy É., et al. *Épidémiologie du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogue par injection. Le réseau I-Track – SurvUDI. Rapport de surveillance 1995 – 30 juin 2004.*
- 3 Roy É., Alary M., Morissette C. et al. *Épidémiologie de l'hépatite C chez les participants au réseau SurvUDI.* Décembre 2004.
- 4 Roy É., Haley N., Godin G. et al. *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue. Rapport d'étape numéro 4.* Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. Octobre 2005.
- 5 Roy E., Haley N., Leclerc P., et al. Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *JAMA* 2004;292:569-74.
- 6 Lambert G., Cox J., Tremblay F., et al. Enquêtes sur le VIH, les hépatites virales et les ITS ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes. Présentation faite dans le cadre du 12^{ème} Symposium sur les aspects cliniques de l'infection par le VIH. Montréal. Novembre 2005.
- 7 Remis R.S., Alary M., Otis J. et al. Trends in HIV incidence and sexual behaviour in a cohort of men who have sex with men in Montreal, 1996-2003. 13^{ème} Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida. Montréal, 13 au 16 mai 2004 (abrége #318).[Paru dans *Can J Inf Dis* 2004; 15 (Supp A): 54A]
- 8 Adrien A., Godin G., Cappon P., Manson-Willms S., Maticka-Tyndale E. & Willms D. Overview of the Canadian Study on the Determinants of Ethnoculturally Specific Behaviours Related to HIV-AIDS. *Rev Can Santé Publique* 1996; 87 (sup1): S4-10
- 9 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. AIDS Epidemic Update 2004. December 2004. UNAIDS/WHO – 2004. ISBN 92 9173390 3
- 10 Jennifer Pennock. Monitoring the HIV/AIDS Epidemic Among Persons from Countries Where HIV is Endemic [présentation]. Montréal (Québec) : Direction de santé publique de Montréal. 23 juin 2005.

- 11 Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. *Programme de surveillance de l'infection par le VIH. Surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine au Québec. Cas cumulatifs 2002-2004. Mise à jour N° 2004-1. Province de Québec. 30 juin 2004.*
- 12 Statistiques Canada. Recensement 2001, produits de données normalisés. Tableaux thématiques. Disponible au :
<http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/themes/Index.cfm>
- 13 Adrien A., Leane V., Remis R. et al. Migration and HIV: An epidemiological study of Montrealers of Haitian origin. *Int J STD and AIDS* 1999; 10 (4):237-242.
- 14 M. Lamontagne, N. Beaudet, C. Lacroix et al. *Profile of the Aboriginal population of Montreal at risk for HIV/AIDS, hepatitis C and tuberculosis. Direction de santé publique de Montréal. Version préliminaire – Mai 2005.*
- 15 Alary M, Godin G, Lambert G, et al. *Étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention. Février 2005.*
Rapport complet et résumé disponibles aux adresses suivantes :
http://www.uresp.ulaval.ca/telechargements/Prison_fevrier_2005.pdf
http://www.uresp.ulaval.ca/telechargements/Resume_prison_fin.pdf

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Situation épidémiologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) pour la région de Montréal	5,00 \$	
	Carole Morissette, M.D. et Pascale Leclerc, M.Sc.		
	NUMÉRO D'ISBN 2-89494-476-4		

Nom _____

Organisme
e _____

Adresse _____
No Rue App.
Ville Code postal

Téléphon _____ Télécopi _____

**Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou
mandat-poste à l'ordre de la
Direction de santé publique de Montréal**

Veillez retourner votre bon de commande à :

Centre de documentation
Direction de santé publique de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 1M3

Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.