



Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) en Mauricie et Centre-du-Québec

Années 1990-2011 avec projection 2012

Octobre 2012

Préparé par :

Nicholas Brousseau, médecin-conseil, Équipe maladies infectieuses, Direction de santé publique

Andrée Côté, médecin-conseil, Équipe ITSS, Direction de santé publique

Pierre Ferland, agent de planification, de programmation et de recherche, Équipe Surveillance/évaluation

Jean-Claude Legault, infirmier-conseil, Équipe maladies infectieuses, Direction de santé publique

En collaboration avec :

Guylaine Belzile, infirmière-conseil, Équipe ITSS, Direction de santé publique

Frédéric Lemay, technicien en recherche psychosociale, Équipe Surveillance/évaluation

Lynda Swift, infirmière-conseil, Équipe ITSS, Direction de santé publique

Mise en page :

Lise Lacommande, Équipe maladies infectieuses, Direction de santé publique

Nous aimerions souligner l'apport de Mme Johanne Milette, infirmière en maladies infectieuses, et de Mme Rosalie Lefebvre, agente de planification, de programmation et de recherche à l'équipe Santé et environnement, qui avaient rédigé un portrait des ITSS à déclaration obligatoire 1999-2009 (document non diffusé) dont nous nous sommes inspirés.

FAITS SAILLANTS

- Les déclarations de cas de chlamydirose génitale sont en hausse depuis quinze ans en Mauricie et Centre-du-Québec (MCQ). Elles ont quadruplé entre 1997 (341 cas) et 2012 (1386 cas, projection). L'augmentation s'est amplifiée en 2011 et le taux d'incidence est maintenant supérieur à la moyenne provinciale. **Depuis 2011, près de 2 % des 15-24 ans de la région sont diagnostiqués annuellement pour la chlamydirose génitale.**
- Le nombre de déclarations de gonorrhée est également à la hausse (32 cas en 2012, projection). Le taux d'incidence en MCQ est toutefois largement inférieur à la moyenne provinciale.
- On remarque une hausse préoccupante du nombre de cas de syphilis infectieuse en 2012 pour la MCQ (16 cas en date du 31 août 2012). Le taux d'incidence de la région se rapproche rapidement de la moyenne provinciale. Seulement trois régions présentent un taux d'incidence supérieur au nôtre en 2012 (Montréal, Capitale-Nationale et Laurentides). Il est essentiel d'éviter la propagation de cette infection vers les jeunes hétérosexuels et les femmes en âge de procréer.
- Les déclarations de cas d'hépatite C en MCQ ont diminué, passant de 162 en 1998 à 81 en 2012 (projection). Par contre, l'hépatite C étant une infection chronique, il y a de plus en plus de personnes vivant avec cette maladie en MCQ. L'accès au traitement de l'hépatite C est un enjeu majeur pour notre réseau de santé.
- En MCQ, de 2002 à 2011, 139 cas de VIH dont 60 nouveaux cas ont été déclarés (41 hommes et 19 femmes).
- Une éclosion d'hépatite B aiguë est survenue en MCQ en 2011-2012. Sur une période de 12 mois, neuf cas masculins ont été rapportés dans quatre des huit CSSS de la région. Les sources principales de transmission étaient des relations sexuelles à risque avec des hommes ou des femmes.
- À la lumière des données recueillies, on constate que nos efforts de prévention, de dépistage et de prise en charge des ITSS doivent se poursuivre et même s'intensifier, en particulier pour les groupes les plus vulnérables.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
A. DONNÉES PAR INFECTION.....	3
1 L'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : une tendance toujours à la hausse	3
Figure 1 Nombre de cas déclarés de chlamydie génitale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1990-2012p.....	3
Figure 2 Taux d'incidence de chlamydie génitale par 100 000 personnes, Mauricie et Centre-du-Québec et province de Québec, 1990-2012p.....	4
Figure 3 Nombre de cas déclarés de chlamydie génitale chez les hommes et les femmes, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012p	4
Figure 4 Taux d'incidence de chlamydie génitale par 100 000 personnes pour différents groupes d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012p	5
Figure 5 Nombre de cas déclarés de chlamydie génitale par sexe et groupe d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, période 2007-2011	5
Figure 6 Nombre de cas déclarés de chlamydie génitale par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012p	6
Figure 7 Taux d'incidence de chlamydie génitale par 100 000 personnes, par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012p.....	7
2 L'infection gonococcique : la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec moins touchée par rapport à la moyenne provinciale.....	8
Figure 8 Nombre de cas déclarés de gonorrhée, Mauricie et Centre-du-Québec, 1990-2012p	8
Figure 9 Taux d'incidence de gonorrhée par 100 000 personnes, Mauricie et Centre-du-Québec et province de Québec, 1990-2012p	9
Figure 10 Nombre de cas déclarés de gonorrhée chez les hommes et les femmes, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012p	9
Figure 11 Nombre de cas déclarés de gonorrhée par sexe et groupe d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, période 2007-2011	10
Figure 12 Nombre de cas déclarés de gonorrhée par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012p	11
Figure 13 Taux d'incidence de gonorrhée par 100 000 personnes, par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012p	12
3 La syphilis infectieuse : une augmentation préoccupante du nombre de cas en 2012.....	13
Figure 14 Nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse, Mauricie et Centre-du-Québec, 1990-2012p.....	13

Figure 15	Taux d'incidence de syphilis infectieuse par 100 000 personnes, Mauricie et Centre-du-Québec et province de Québec, 1990-2012p.....	14
Figure 16	Nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les hommes et les femmes, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012p.....	14
Figure 17	Nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse par sexe et groupe d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, période 2007-2011	15
4	L'hépatite C : un défi important pour notre réseau de santé	16
Figure 18	Nombre de cas déclarés d'hépatite C, Mauricie et Centre-du-Québec, 1990-2012p	16
Figure 19	Taux d'incidence d'hépatite C par 100 000 personnes (Mauricie et Centre-du-Québec et province de Québec) et estimation du nombre de personnes vivant avec l'hépatite C en MCQ, 1990-2012p	17
Figure 20	Nombre de cas déclarés d'hépatite C par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012p	18
5	Le VIH : une infection toujours présente	19
6	L'hépatite B : une éclosion récente d'infections aiguës dans la région	19
CONCLUSION		20
RÉFÉRENCES		21

INTRODUCTION

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) représentent un véritable problème de santé publique par leur nombre élevé, mais surtout par les conséquences graves qu'elles peuvent entraîner telles l'infertilité, la cirrhose du foie et divers types de cancer. Voici un portrait traitant des ITSS dans notre région Mauricie et Centre-du-Québec (MCQ). Il a été élaboré à partir des données extraites du *Programme de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO)* pour la période du 1^{er} janvier 1990 au 31 août 2012.

Entre les années 1990 et 2000, une diminution des infections transmissibles sexuellement bactériennes a été observée tant aux niveaux canadien, provincial et régional. La crainte du sida et l'amélioration des traitements (meilleure observance avec les traitements unidoses) ont probablement contribué à cette diminution. Depuis la fin des années 90, on note toutefois une augmentation soutenue du nombre d'ITSS. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette hausse : augmentation de la fréquence des dépistages, technologies plus performantes, banalisation du sida avec abandon des comportements sexuels sécuritaires, usage plus répandu de substances telles les amphétamines et le Viagra et nouvelles réalités de réseautage par internet (Blouin et Parent, 2011).

Dans la région, l'implantation rapide dans les CSSS des services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) et de l'intervention préventive auprès de toutes les personnes infectées par les ITSS-MADO et leurs partenaires (IPPAP) ont été des initiatives importantes mises de l'avant pour mieux lutter contre la hausse des ITSS. Il faut noter que tous les cas d'ITSS-MADO font l'objet d'une IPPAP par les infirmières désignées dans nos CSSS plutôt que seulement certains cas prioritaires comme dans d'autres régions du Québec.

En 2011, plus de 1500 déclarations d'ITSS ont été reçues à la Direction de santé publique de la MCQ. Malgré ce nombre élevé de déclarations, il s'agit d'une sous-estimation du nombre réel de personnes atteintes. Les ITSS étant fréquemment asymptomatiques, plusieurs cas restent non détectés et, a fortiori, non déclarés (Lambert et autres, 2011). Les personnes vulnérables socialement, qui sont particulièrement susceptibles d'être infectées par les ITSS, fréquentent peu les services de santé en général. Les données sont donc tributaires des services disponibles et des personnes dépistées. Il est finalement à noter que les infections comme l'herpès génital et le virus du papillome humain (VPH) ne sont pas à déclaration obligatoire et que leur réelle prévalence est moins bien connue.

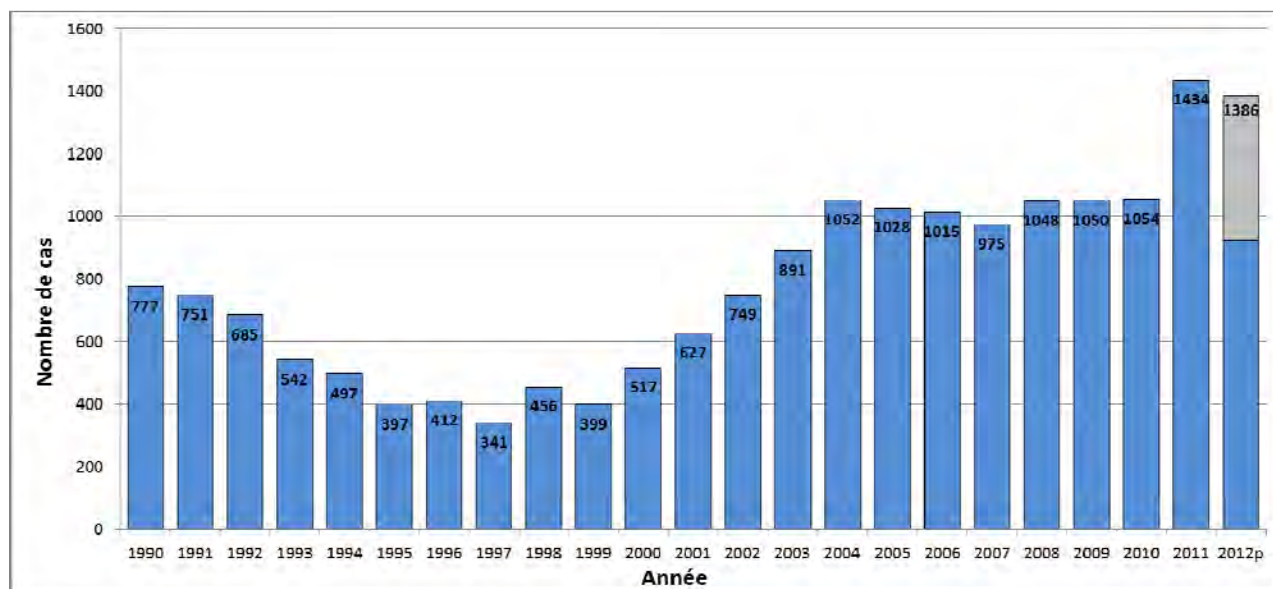
A. DONNÉES PAR INFECTION

1 L'infection à *Chlamydia trachomatis* : une tendance toujours à la hausse

La chlamydie génitale est la maladie à déclaration obligatoire la plus fréquemment observée en MCQ et dans la province. C'est une infection sérieuse : 15 à 20 % des femmes touchées développeront une inflammation pelvienne qui peut entraîner l'infertilité et la grossesse ectopique (MSSS, 2010). La chlamydie génitale a connu une importante augmentation depuis 2000 (figure 1). Depuis quelques années, autour de 1000 cas sont déclarés annuellement. En 2011, la hausse s'est accélérée avec 1434 cas déclarés. La projection pour 2012 (1386 cas) ne montre pas une réelle diminution du nombre de personnes qui seront atteintes.

L'implantation, en mai 2011, d'une technologie plus performante de détection des infections à *C. trachomatis* et à *N.gonorrhoeae* dans notre laboratoire régional pourrait expliquer une partie de cette augmentation.

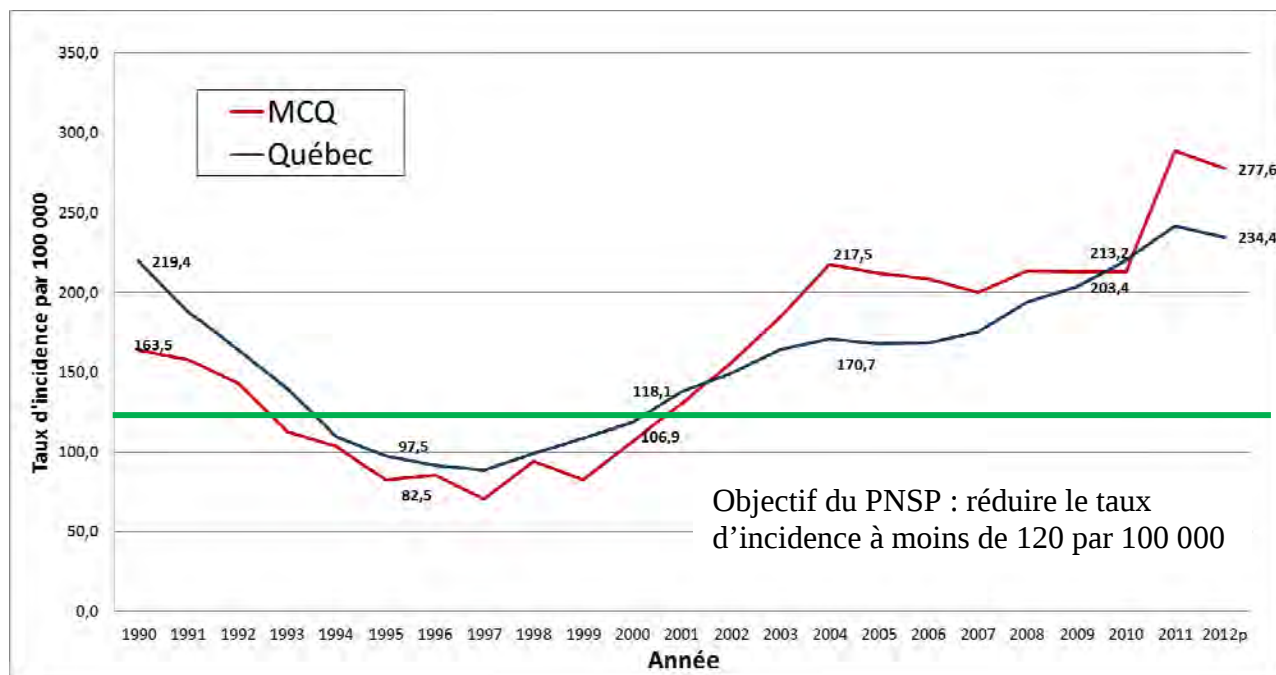
Figure 1 Nombre de cas déclarés de chlamydie génitale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1990-2012p



^p La valeur pour l'année 2012 est une projection (zone grisée) basée sur le nombre de cas déclarés jusqu'au 31 août 2012 (zone bleutée).

En 2011, le taux d'incidence de chlamydie génitale en MCQ était de 288,9 pour 100 000 personnes (population totale de 497 092 personnes) alors que le taux d'incidence provincial se situait à 241,2 par 100 000 (figure 2). Une proportion plus importante de personnes était donc touchée dans la région par rapport à la province et l'écart semble vouloir se maintenir en 2012. L'objectif du *Programme national de santé publique* (PNSP) est de réduire le taux d'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* à moins de 120 par 100 000.

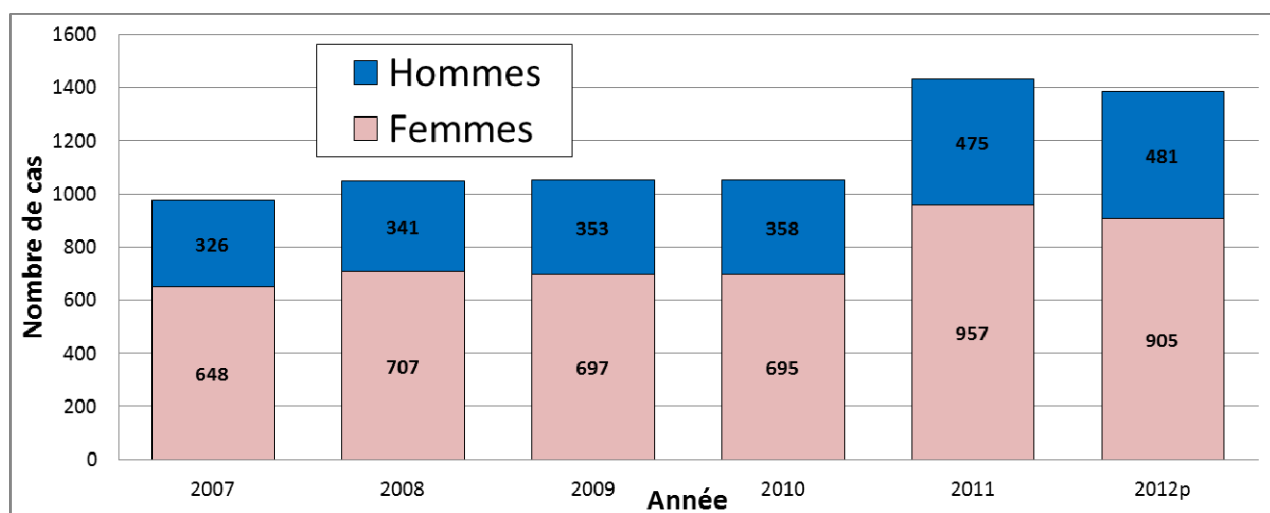
Figure 2 Taux d'incidence de chlamydie génitale par 100 000 personnes, Mauricie et Centre-du-Québec et province de Québec, 1990-2012p



^p Les valeurs pour l'année 2012 sont une projection basée sur le nombre de cas déclarés jusqu'au 31 août 2012.

La figure 3 montre que les femmes représentent la majorité des cas de chlamydie génitale (près de 70 %). Un facteur important est qu'elles consultent plus souvent (par ex. : contraception, grossesse) et sont plus souvent dépistées.

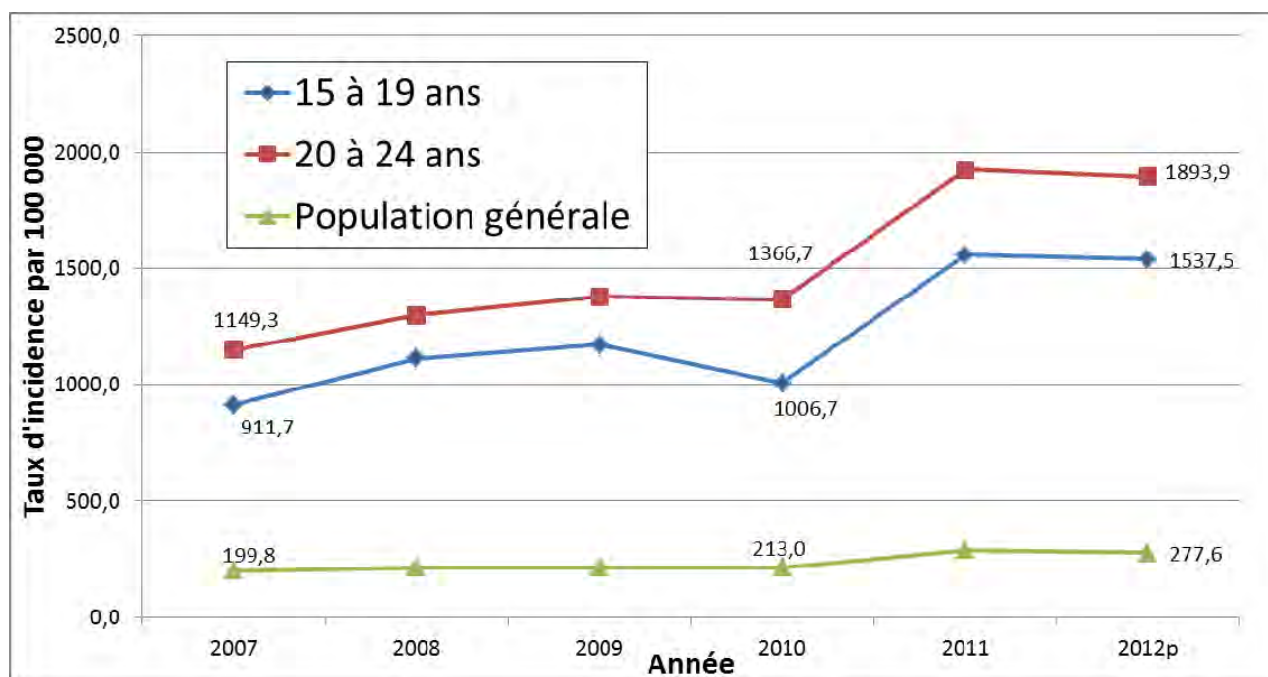
Figure 3 Nombre de cas déclarés de chlamydie génitale chez les hommes et les femmes, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012p



^p Les valeurs pour l'année 2012 sont une projection basée sur le nombre de cas déclarés jusqu'au 31 août 2012.

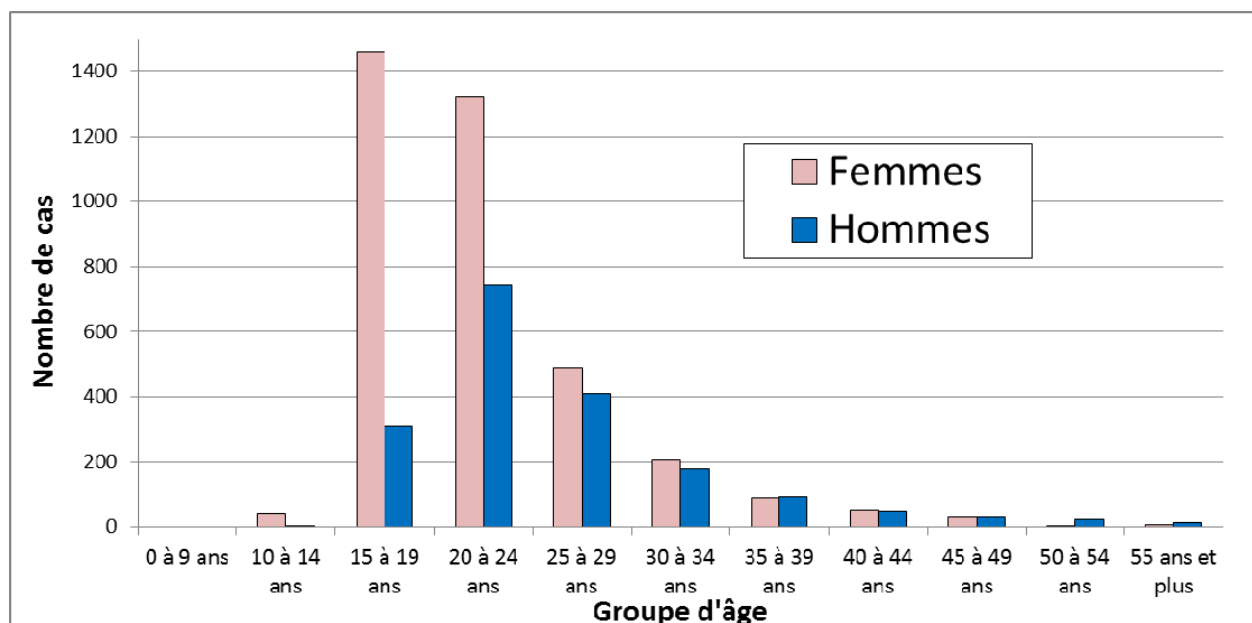
Les figures 4 et 5 illustrent comment les jeunes de 15 à 24 ans sont davantage touchés par la chlamydie génitale. Deux cas sur trois se retrouvent dans ce groupe d'âge. Le taux d'incidence chez les 20-24 ans est de 1893,9 par 100 000 en 2012, **soit près de 2 jeunes sur 100 diagnostiqués annuellement**. Il demeure essentiel de mener des efforts soutenus de prévention auprès des jeunes de 15-24 ans.

Figure 4 Taux d'incidence de chlamydie génitale par 100 000 personnes pour différents groupes d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012p



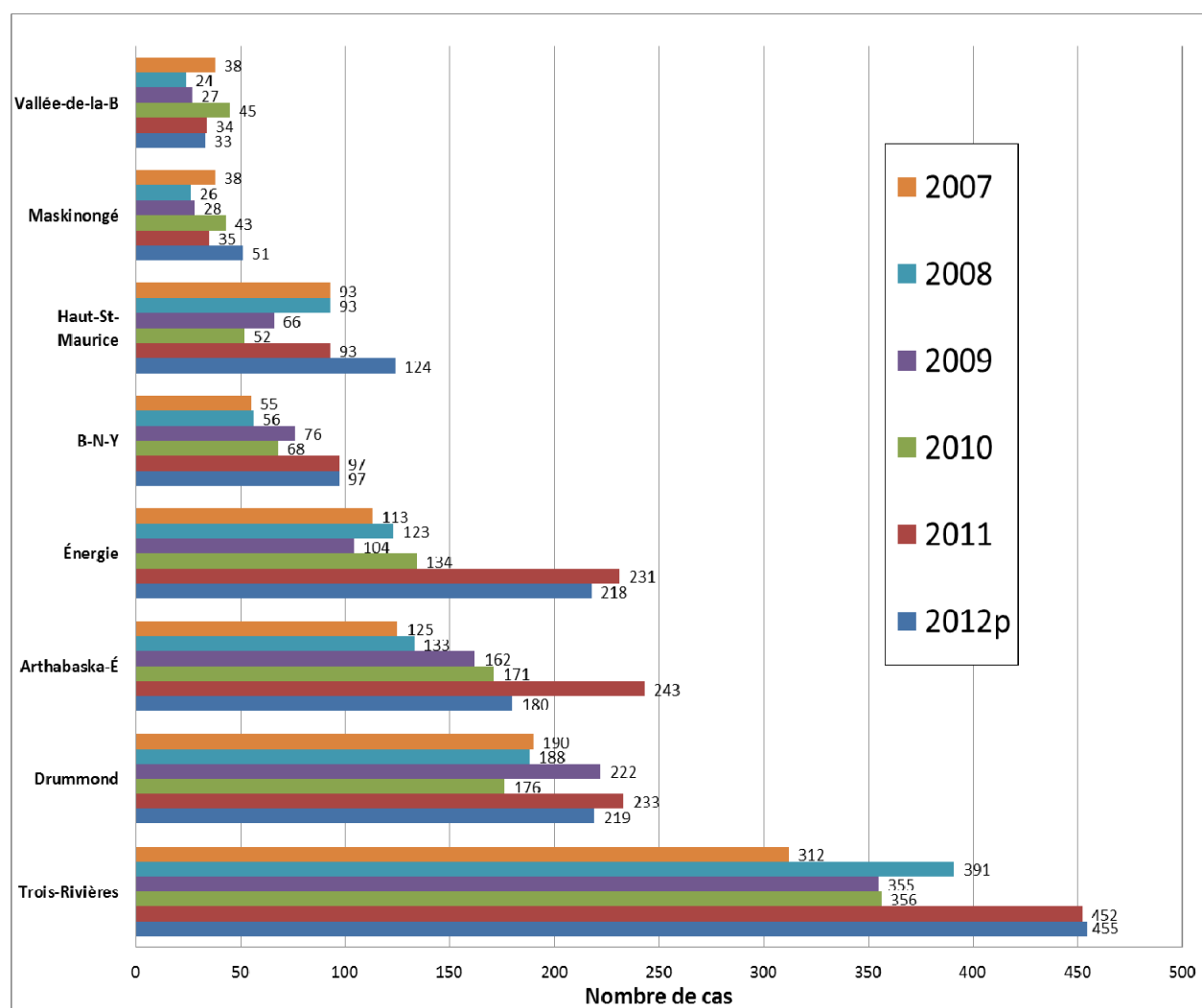
^p Les valeurs pour l'année 2012 sont une projection basée sur le nombre de cas déclarés jusqu'au 31 août 2012.

Figure 5 Nombre de cas déclarés de chlamydie génitale par sexe et groupe d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, période 2007-2011



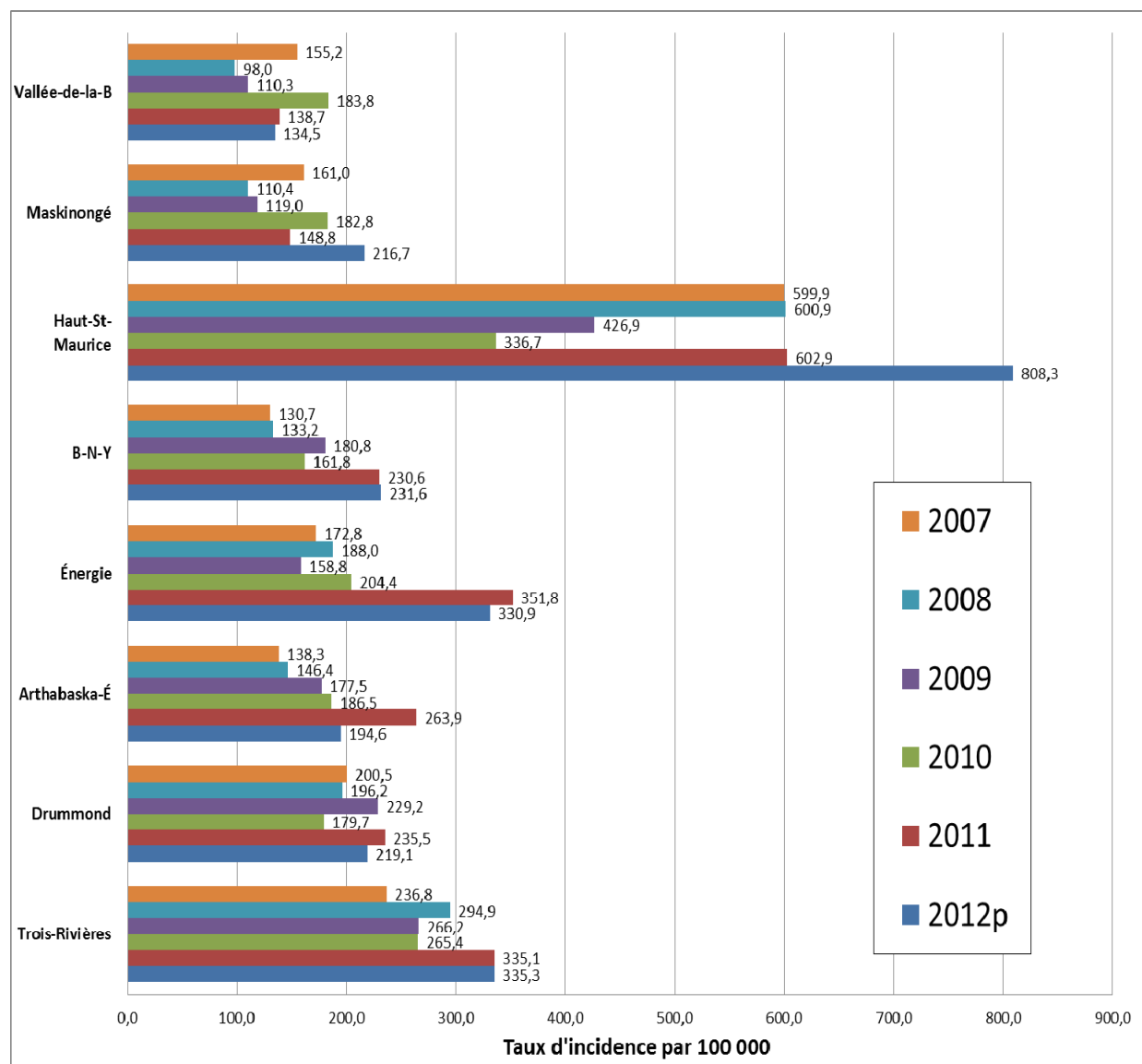
Le nombre de cas de chlamydie génitale déclarés par territoire de Centre de santé et de services sociaux (CSSS) est présenté à la figure 6. Il est en relation avec la taille de la population et l'accessibilité du dépistage. Les taux d'incidence permettent quant à eux de déterminer les territoires avec la plus grande proportion de personnes touchées annuellement par rapport à leur population (figure 7). Ils sont particulièrement élevés sur le territoire du CSSS du Haut-Saint-Maurice. Un des facteurs explicatifs est la fréquence de la chlamydia chez les communautés autochtones (Blouin et Parent, 2011). Les territoires des CSSS de Trois-Rivières et de l'Énergie présentent également des incidences élevées.

Figure 6 Nombre de cas déclarés de chlamydie génitale par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012p



^p Les valeurs pour l'année 2012 sont une projection basée sur le nombre de cas déclarés jusqu'au 31 août 2012.

Figure 7 Taux d'incidence de chlamydie génitale par 100 000 personnes, par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012p

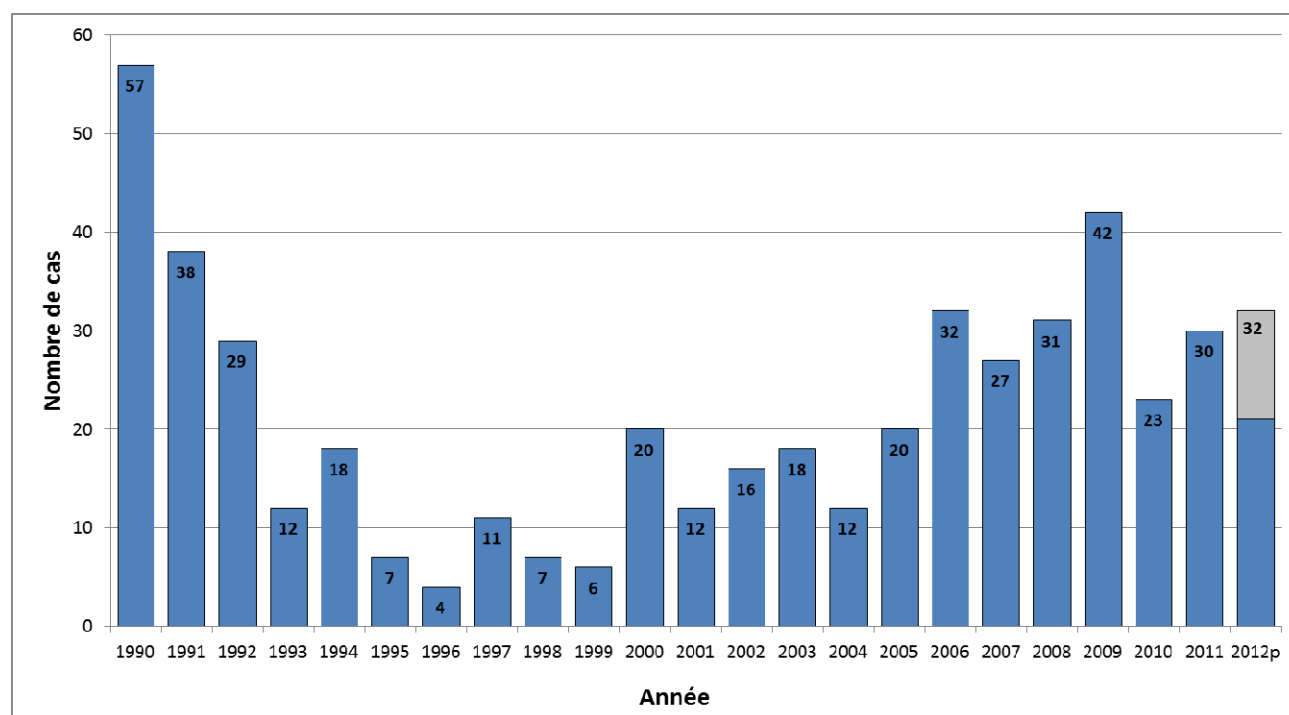


^p Les valeurs pour l'année 2012 sont une projection basée sur le nombre de cas déclarés jusqu'au 31 août 2012.

2 L'infection gonococcique : la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec moins touchée par rapport à la moyenne provinciale

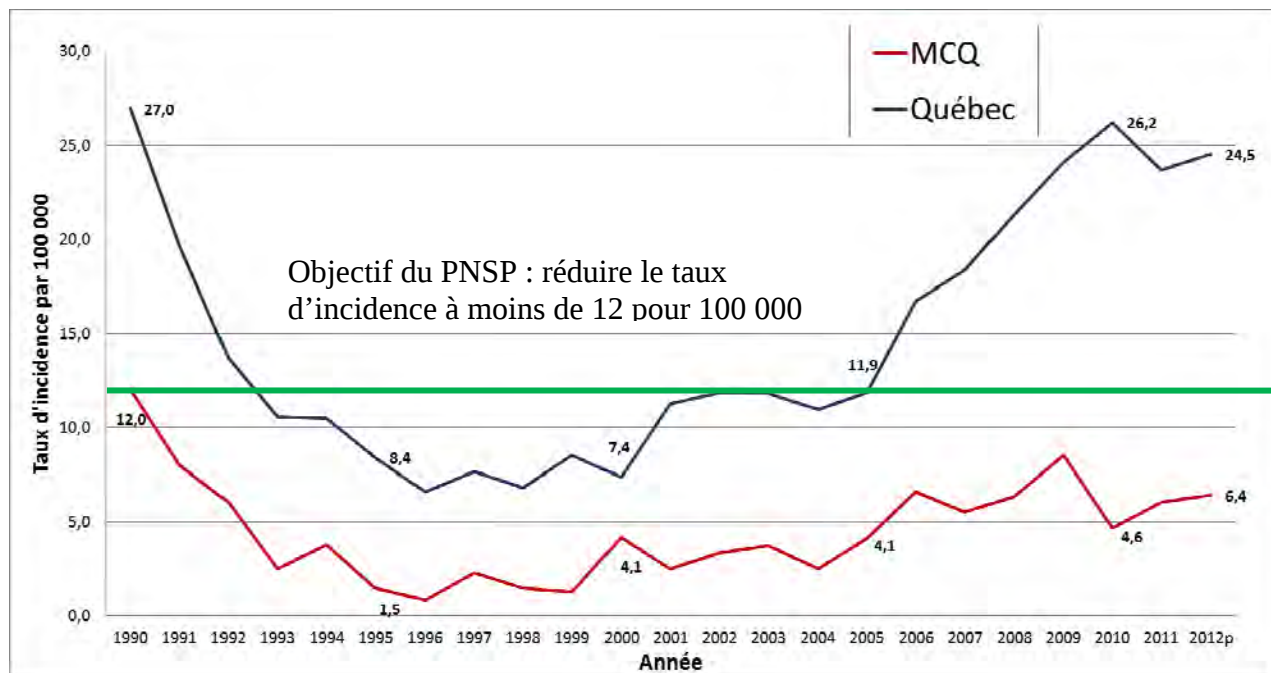
Chez la femme, l'infection gonococcique peut entraîner l'infertilité ou une grossesse ectopique et, chez l'homme, une inflammation de la prostate ou de l'épididyme (MSSS, 2010). Tout comme au Québec, la gonorrhée est en augmentation depuis 2005 en MCQ. En 2011, 30 cas de gonorrhée ont été déclarés alors qu'en 2012, on s'attend à environ 32 personnes diagnostiquées (figure 8). Comme le montre la figure 9, le taux d'incidence est nettement inférieur à la moyenne provinciale (50 % des cas de la province sont déclarés dans la région de Montréal).

Figure 8 Nombre de cas déclarés de gonorrhée, Mauricie et Centre-du-Québec, 1990-2012p



^p La valeur pour l'année 2012 est une projection (zone grisée) basée sur le nombre de cas déclarés jusqu'au 31 août 2012 (zone bleutée).

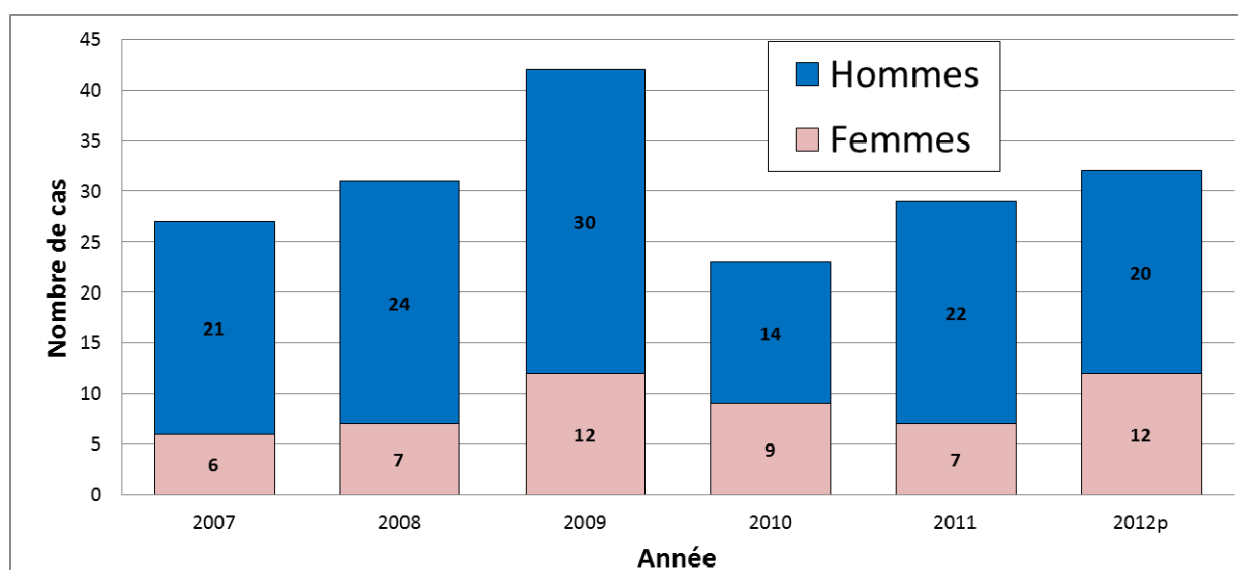
Figure 9 Taux d'incidence de gonorrhée par 100 000 personnes, Mauricie et Centre-du-Québec et province de Québec, 1990-2012p



^p Les valeurs pour l'année 2012 sont une projection basée sur le nombre de cas déclarés jusqu'en août 2012.

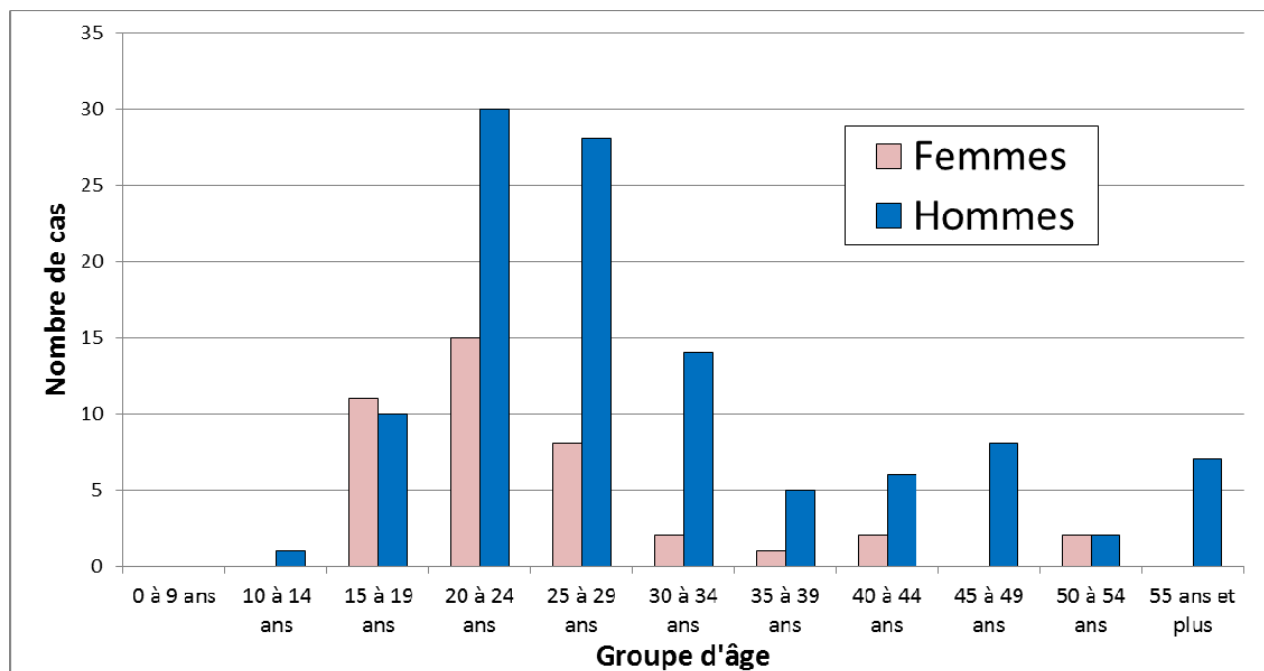
C'est chez les hommes de 20 à 29 ans que l'on retrouve le plus grand nombre de cas, contrairement à la chlamydie génitale (figures 10 et 11). Il y a une hausse importante des cas chez les femmes dans la province, mais la région MCQ est moins touchée par ce phénomène.

Figure 10 Nombre de cas déclarés de gonorrhée chez les hommes et les femmes, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012p



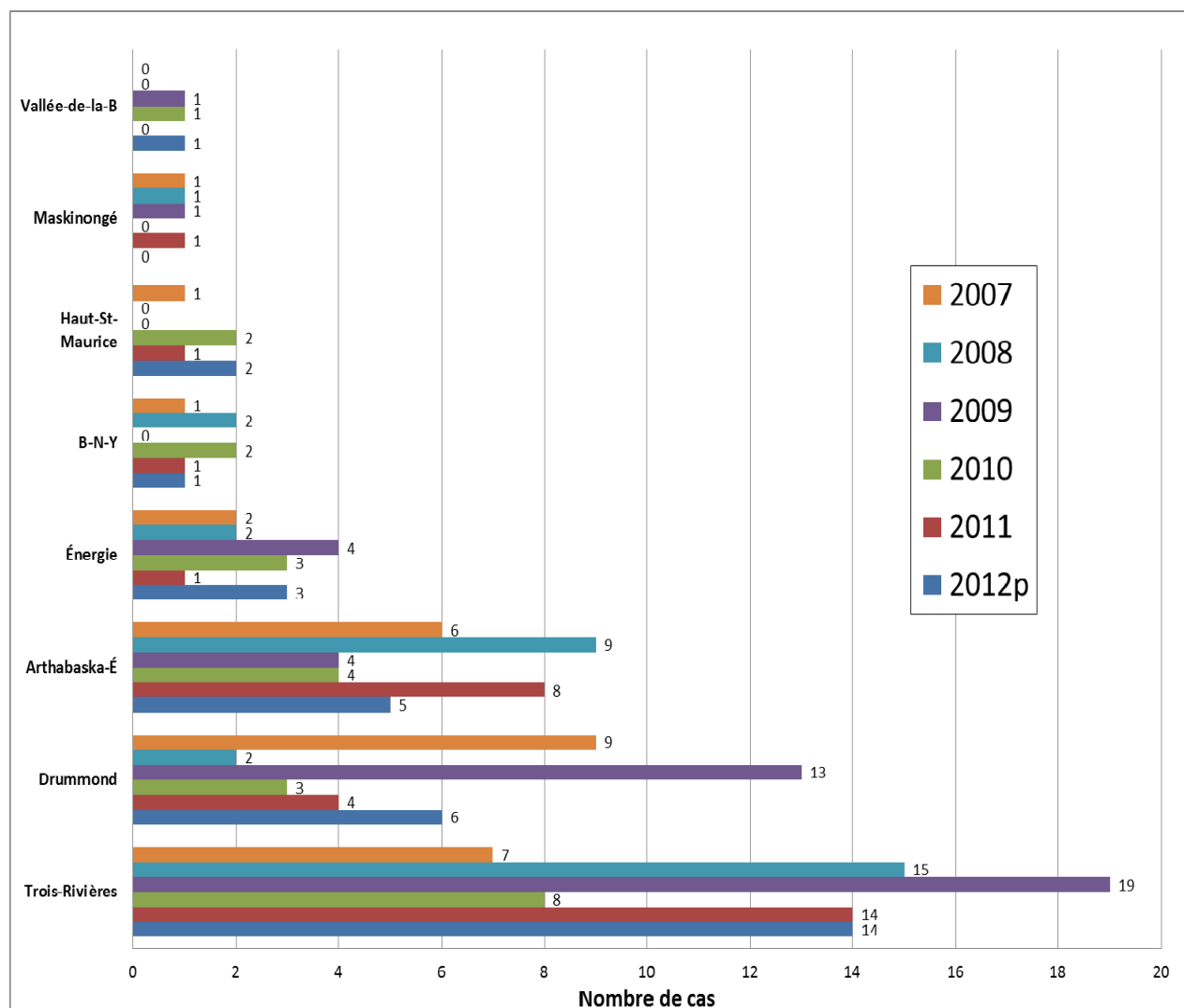
^p Les valeurs pour l'année 2012 sont une projection basée sur le nombre de cas déclarés jusqu'au 31 août 2012.

Figure 11 Nombre de cas déclarés de gonorrhée par sexe et groupe d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, période 2007-2011



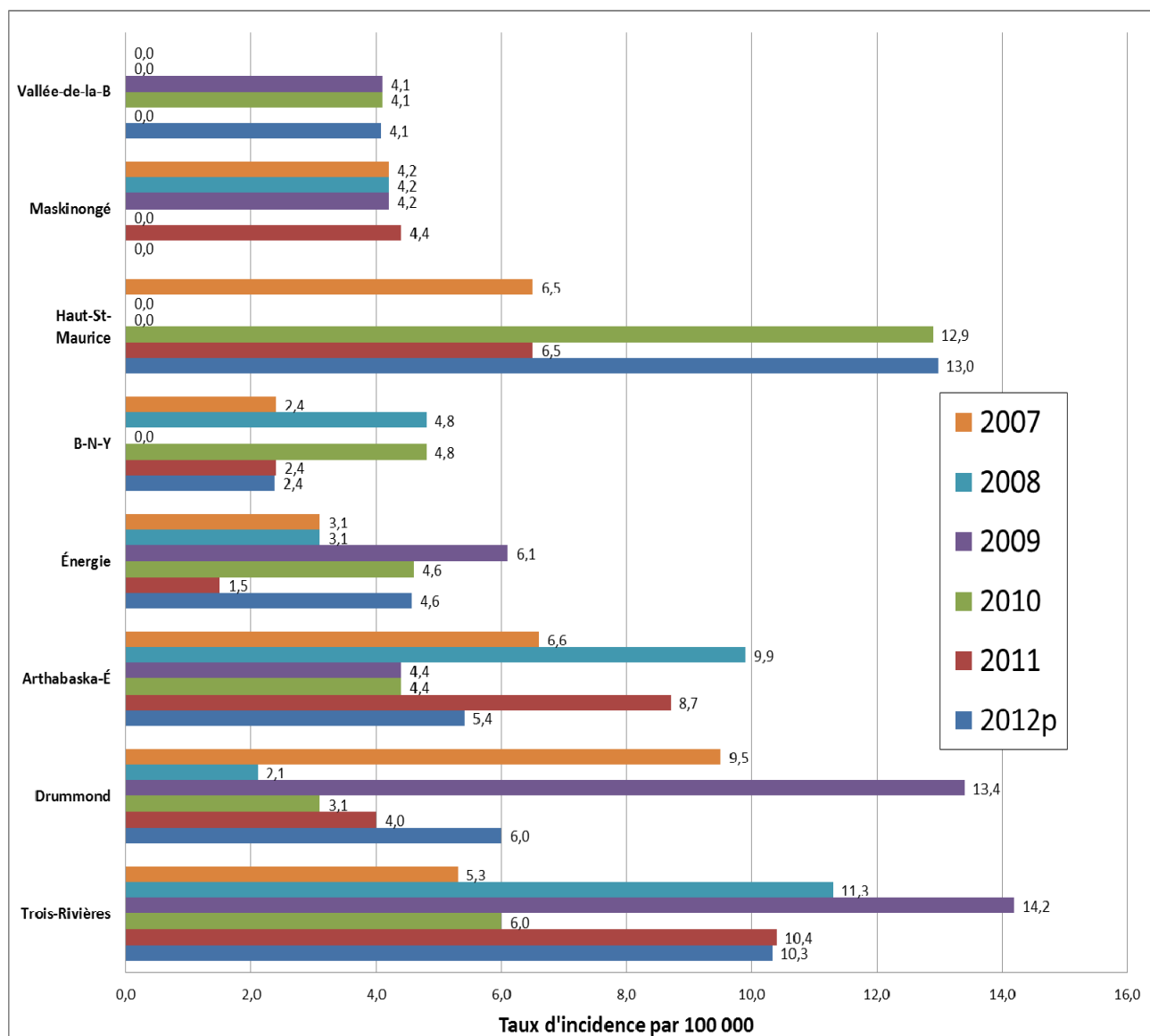
Les figures 12 et 13 présentent les nombres de cas et les taux d'incidence de gonorrhée par territoire de CSSS. Les territoires les plus peuplés semblent ceux où une proportion plus importante de personnes est touchée par la gonorrhée (exception faite du CSSS du Haut-Saint-Maurice).

Figure 12 Nombre de cas déclarés de gonorrhée par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012p



^p Les valeurs pour l'année 2012 sont une projection basée sur le nombre de cas déclarés jusqu'au 31 août 2012.

Figure 13 Taux d'incidence de gonorrhée par 100 000 personnes, par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012^p



^p Les valeurs pour l'année 2012 sont une projection basée sur le nombre de cas déclarés jusqu'au 31 août 2012.

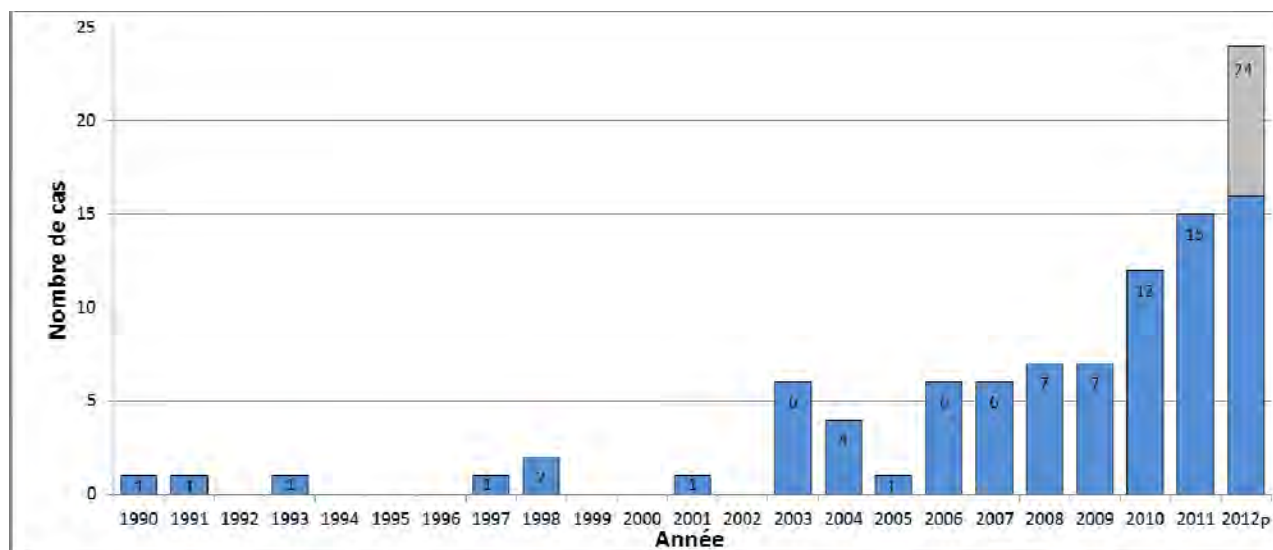
Entre 2007 et 2011, 51 % des cas masculins ont déclaré avoir des relations sexuelles avec d'autres hommes alors que plus de 80 % des femmes étaient hétérosexuelles. Plus de 95 % des hommes avec un diagnostic de gonorrhée ont rapporté des symptômes alors que les femmes infectées en déclaraient moins fréquemment (44 %). Malgré les recommandations provinciales de faire une culture chez les hommes symptomatiques (MSSS, 2007), très peu d'hommes infectés ont eu une culture, la plupart étant détectés par PCR urinaire. Cela limite l'étude de la résistance du *N. gonorrhoeae* aux différents types d'antibiotiques. Au cours des prochaines années, l'antibiorésistance pour *N. gonorrhoeae* et l'évolution de la gonorrhée chez la femme seront des enjeux à surveiller étroitement.

3 La syphilis infectieuse : une augmentation préoccupante du nombre de cas en 2012

La syphilis infectieuse regroupe les syphilis primaire, secondaire et latente précoce (moins de un an). À la fin des années 1990, cette maladie était presque disparue dans la région et au Québec. Cependant, on a vu ressurgir des cas de syphilis depuis 2003 et l'augmentation est soutenue depuis. Même si l'incidence reste relativement basse, cette hausse est inquiétante. Infection difficile à diagnostiquer, plus du tiers des personnes infectées non traitées développeront une syphilis tardive (complications neurologiques et cardio-vasculaires). Chez les femmes en âge de procréer, la syphilis peut se transmettre de la mère à l'enfant et entraîner de graves séquelles. Un premier cas de syphilis congénitale en dix ans a été identifié en 2011 chez un nouveau-né de mère québécoise (Blouin et Parent, 2011).

On remarque une hausse préoccupante du nombre de cas de syphilis infectieuse en 2012 pour la MCQ (16 cas en date du 31 août 2012, voir figure 14). Les personnes atteintes sont un peu plus jeunes que par les années précédentes avec 4 cas chez les 15-24 ans. L'infection circule dans la majorité des territoires de la région puisque six des huit CSSS ont rapporté des cas. C'est au CSSS de Drummond que la circulation est la plus active avec 11 infections rapportées du 1^{er} janvier au 31 août 2012.

Figure 14 Nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse, Mauricie et Centre-du-Québec, 1990-2012^p

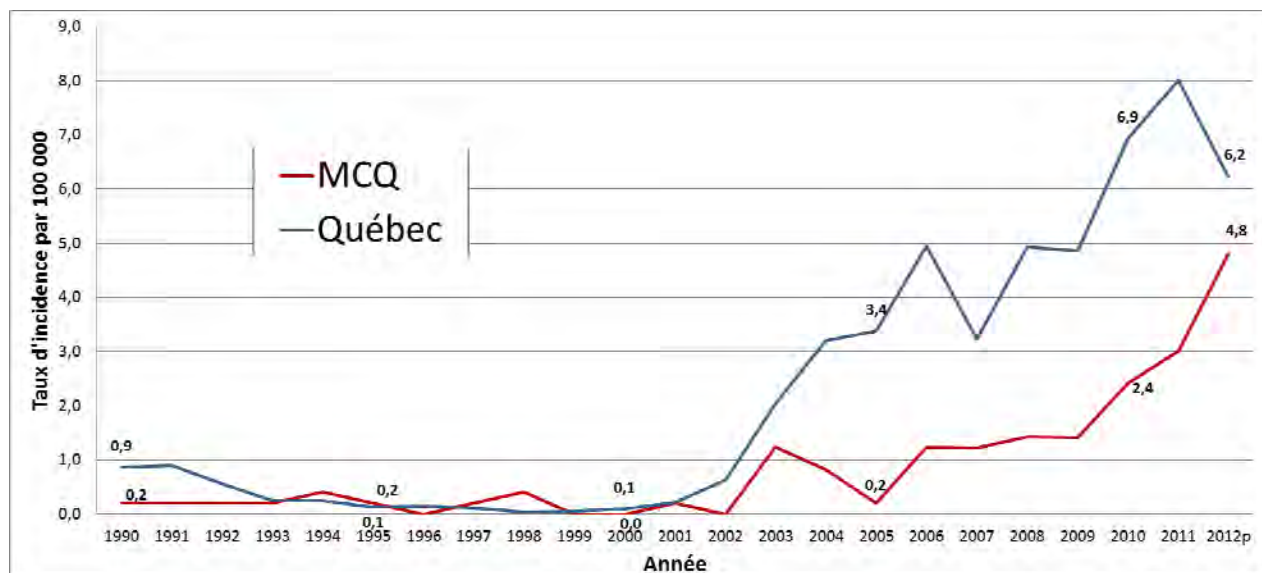


^p La valeur pour l'année 2012 est une projection (zone grisée) basée sur le nombre de cas déclarés jusqu'au 31 août 2012 (zone bleutée).

Même si le taux d'incidence de syphilis dans la province est plus élevé qu'en MCQ, les données régionales s'approchent rapidement de la moyenne québécoise (figure 15). Seules les régions de Montréal, de Québec et des Laurentides présentent un taux d'incidence plus élevé que celui de la Mauricie et Centre-du-Québec en 2012¹.

¹ Données tirées du Rapport MADO hebdomadaire, MSSS, consultation le 25 octobre 2012.

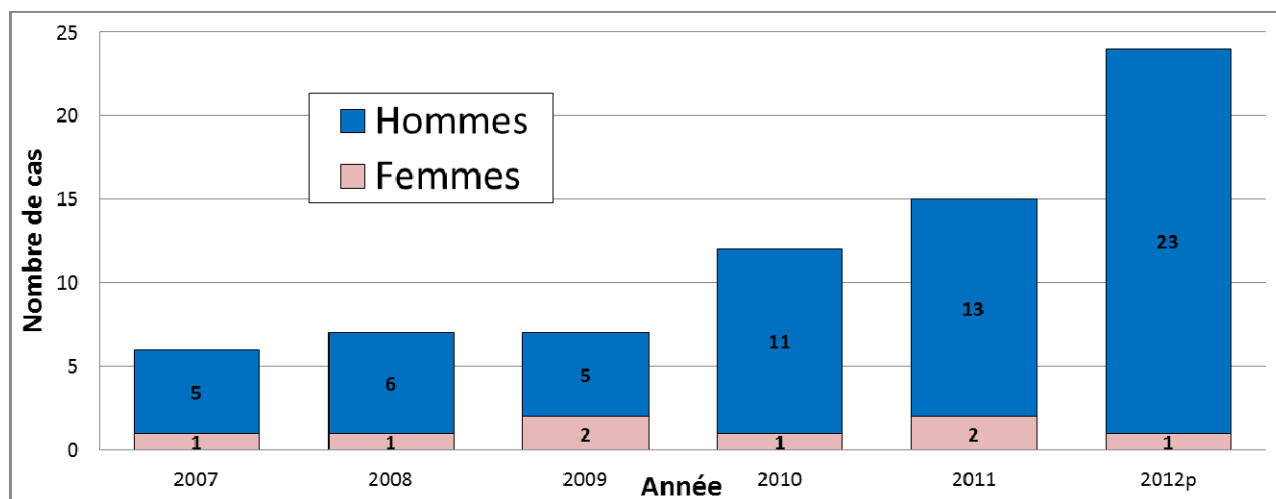
Figure 15 Taux d'incidence de syphilis infectieuse par 100 000 personnes, Mauricie et Centre-du-Québec et province de Québec, 1990-2012p



^p Les valeurs pour l'année 2012 sont une projection basée sur le nombre de cas déclarés jusqu'en août 2012.

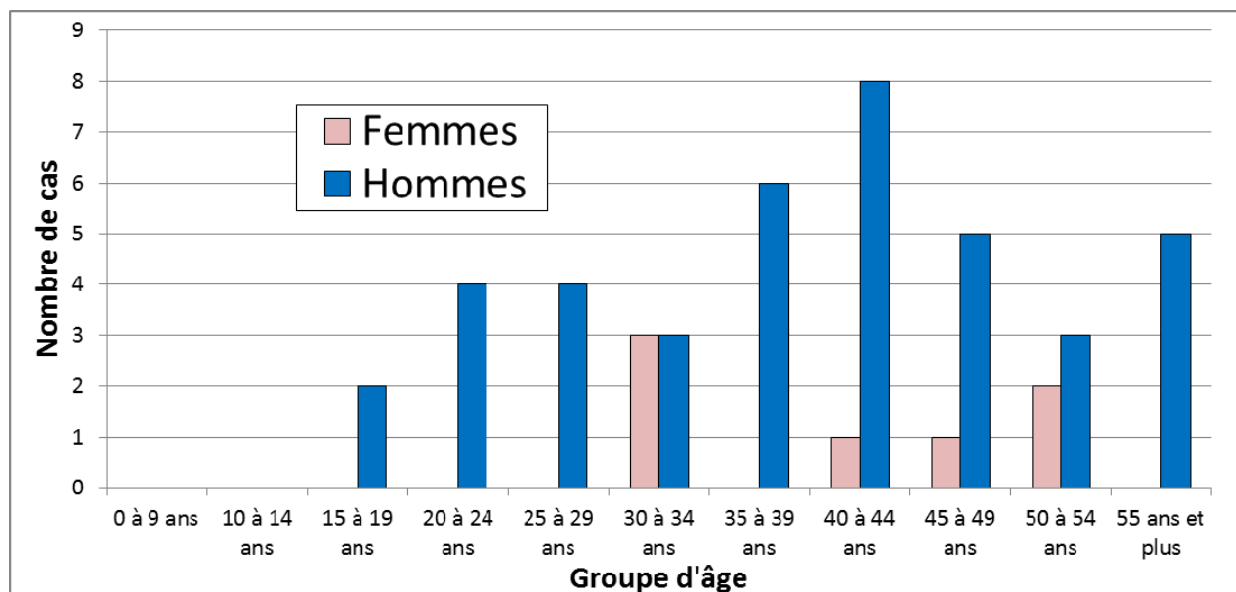
De façon générale, la syphilis infectieuse est surtout diagnostiquée chez les hommes (figure 16). Entre 2007 et 2011, environ 4 cas masculins sur 5 étaient des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Le groupe d'âge le plus touché était celui des 40-44 ans (figure 17).

Figure 16 Nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les hommes et les femmes, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012p



^p Les valeurs pour l'année 2012 sont une projection basée sur le nombre de cas déclarés jusqu'au 31 août 2012.

Figure 17 Nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse par sexe et groupe d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, période 2007-2011

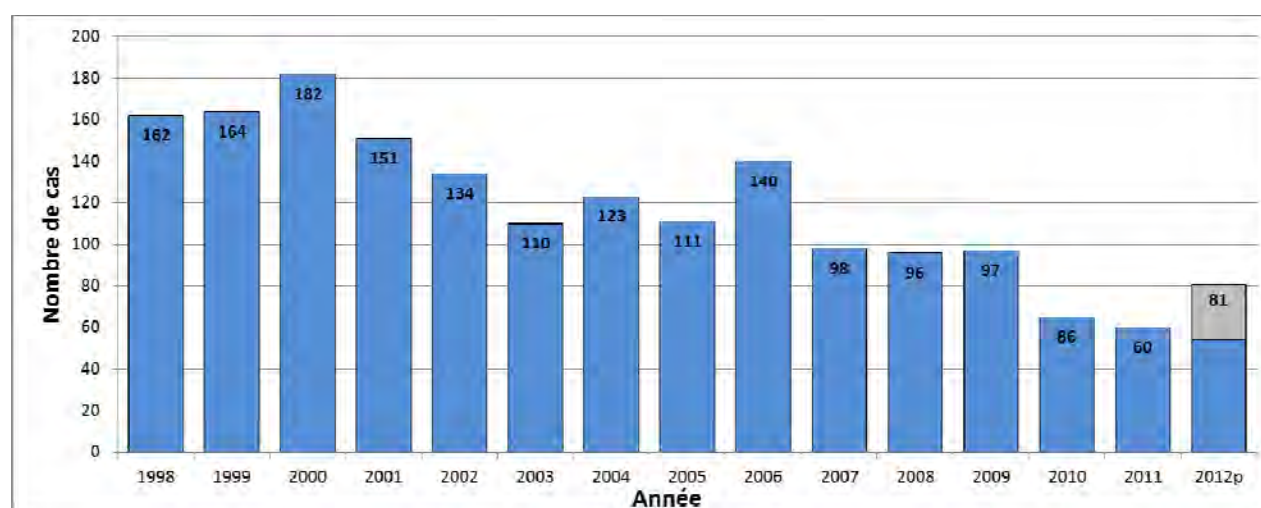


Dans la province de Québec, en 2011, une vigie rehaussée des cas féminins de syphilis infectieuse a permis de constater que la moitié des femmes avec cette infection n'avaient pas de facteurs de risque identifiés. Elles ne connaissaient donc pas les risques de leurs partenaires. Ceci souligne l'importance de l'IPPAP auprès des hommes infectés. Depuis 2012, le MSSS effectue une vigie rehaussée des cas de syphilis infectieuse chez les jeunes de 15 à 24 ans. On note une augmentation importante des cas, particulièrement chez les garçons de 15 à 19 ans, sans lien avec des HARSAH (Lambert et autres, 2011). Le risque de propagation de la syphilis chez les jeunes hétérosexuels et chez les femmes en âge de procréer est donc inquiétant. Il est essentiel de limiter cette propagation dans notre région.

4 L'hépatite C : un défi important pour notre réseau de santé

Le nombre de cas d'hépatite C dépistés dans la région MCQ diminue depuis plusieurs années (figure 18). Cette baisse est attribuable aux dépistages liés au *Programme québécois d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C*, instauré en 2000. Ce programme a permis de dépister la majorité des personnes contaminées par transfusion ou par administration de produits sanguins. Maintenant, l'infection touche principalement les personnes qui utilisent ou qui ont utilisé des drogues injectables (UDI), car elle se transmet principalement lors du partage de matériel d'injection. Selon l'étude SurvUDI (Parent et autres, 2011), près des deux tiers des UDI seraient infectés par le virus de l'hépatite C. Ces personnes fréquentent peu les services de santé en général et sont peu dépistées.

Figure 18 Nombre de cas déclarés d'hépatite C, Mauricie et Centre-du-Québec, 1990-2012p

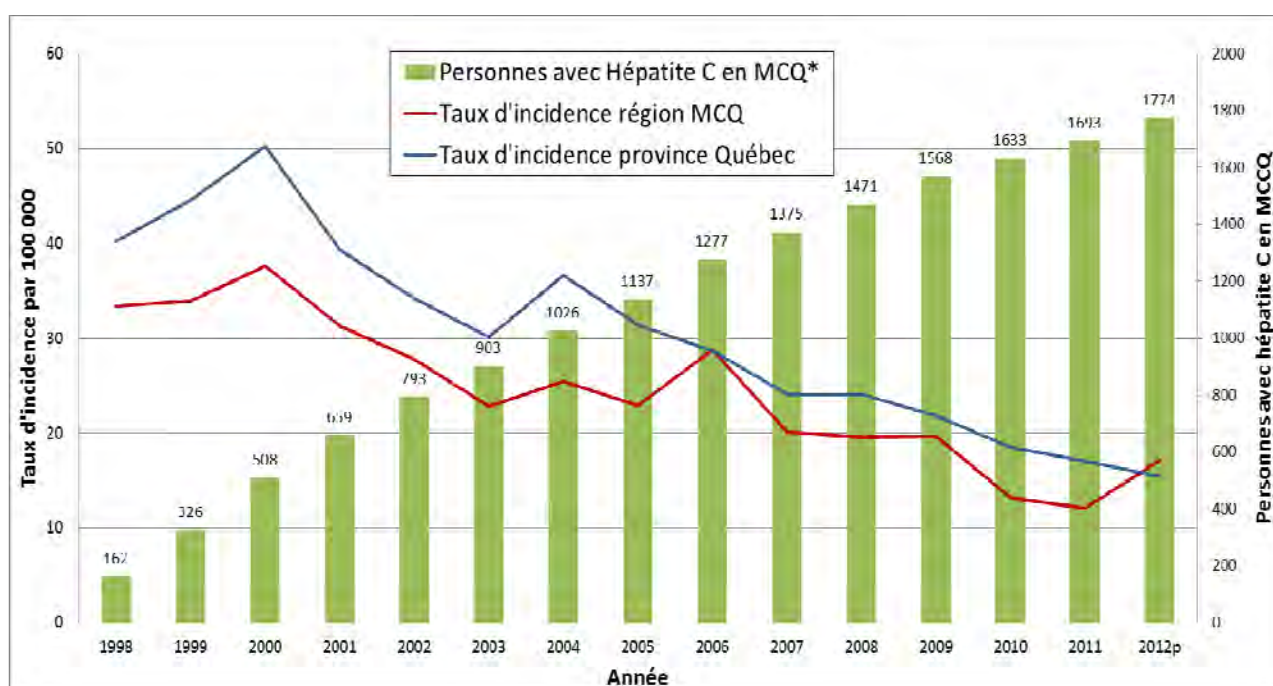


^p La valeur pour l'année 2012 est une projection (zone grisée) basée sur le nombre de cas déclarés jusqu'au 31 août 2012 (zone bleutée).

L'hépatite C évolue de façon chronique chez 80 % des personnes infectées (risque important de cirrhose ou de cancer du foie). Les nouveaux cas s'ajoutent aux personnes diagnostiquées antérieurement et qui sont toujours porteuses du virus, ce qui fait que le nombre de personnes vivant avec l'hépatite C est en augmentation dans la région (figure 19). Seulement 10 % des UDI infectés par l'hépatite C ont accès au traitement antiviral (MSSS, 2010).

La prévention du passage à l'injection et l'accès au matériel d'injection restent les principaux moyens de limiter la transmission de l'hépatite C. Même si près de 70 000 seringues ont été distribuées dans la région en 2011-2012 pour diminuer le partage du matériel, il faut en améliorer l'accessibilité.

Figure 19 Taux d'incidence d'hépatite C par 100 000 personnes (Mauricie et Centre-du-Québec et province de Québec) et estimation du nombre de personnes vivant avec l'hépatite C en MCQ, 1990-2012p

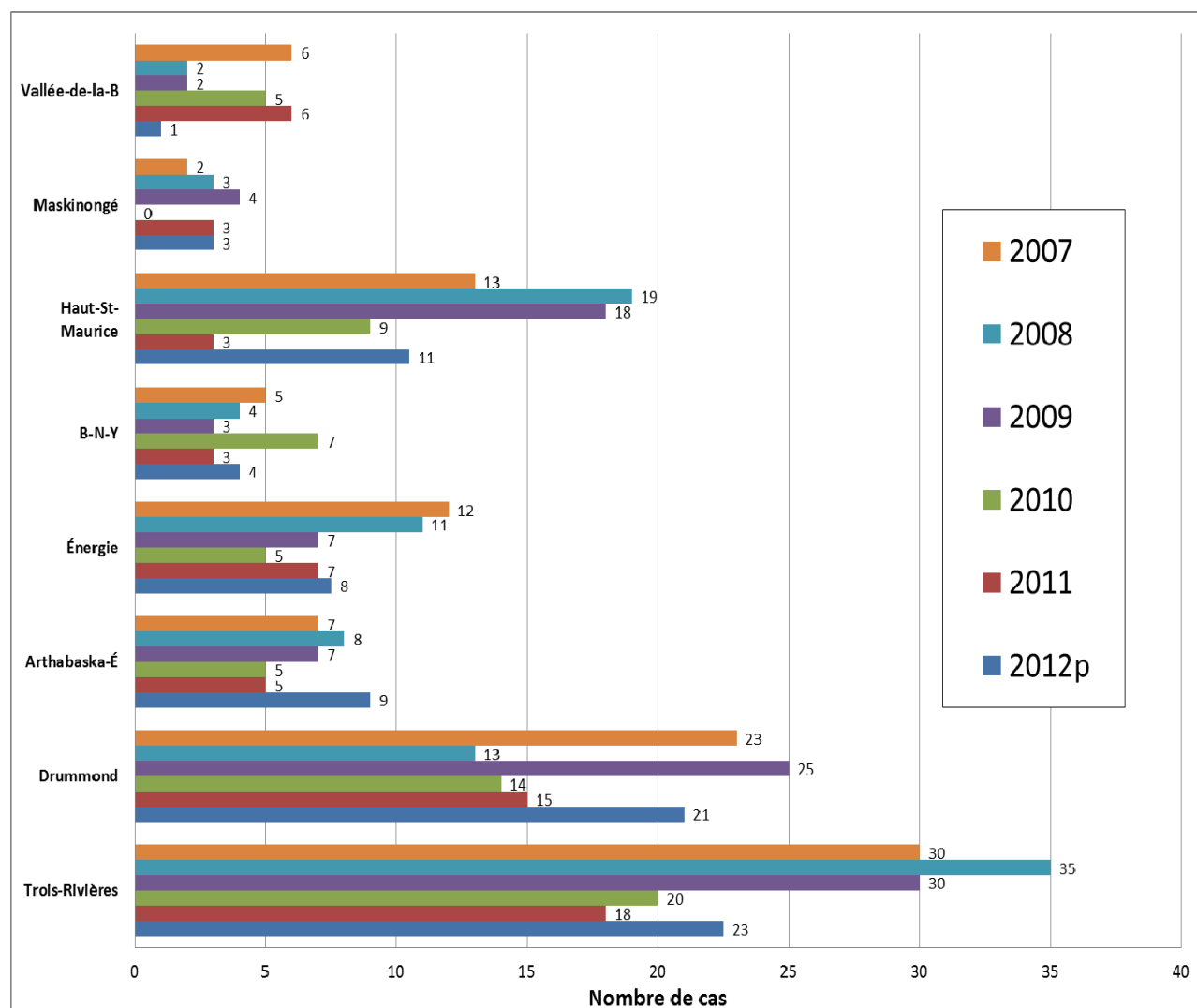


^p Les valeurs pour l'année 2012 sont une projection basée sur le nombre de cas déclarés jusqu'en août 2012.

* Le nombre de personnes vivant avec l'hépatite C dans la région est une estimation. Elle fait l'hypothèse que l'ensemble des cas sont toujours vivants et qu'ils ont tous développé une infection chronique non traitée. Les données du tableau surestiment donc le nombre réel de personnes vivant avec l'hépatite C dans la région.

Les hommes représentent environ 70 % des cas d'hépatite C de la région. Au total, 60 % des cas déclarés avaient entre 35 et 54 ans. Tous les CSSS identifient régulièrement des personnes infectées sur leur territoire (figure 20).

Figure 20 Nombre de cas déclarés d'hépatite C par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2007-2012p



5 Le VIH : une infection toujours présente

Le *Programme de surveillance de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH)* a été mis en place au Québec en avril 2002. Il est basé sur la déclaration d'un test positif par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et le recueil de renseignements sur la personne infectée auprès du professionnel de la santé qui a prescrit le test confirmé positif. Malgré environ 20 % de données manquantes, 6 352 personnes infectées par le VIH ont été enregistrées au programme de surveillance depuis 2002 au Québec, 3 291 étant des nouveaux cas (sans antécédents connus de tests positifs antérieurs). En 2010 seulement, 525 cas (318 nouveaux cas) ont été enregistrés dont 80 % de sexe masculin (Bitera et autres, 2011).

En MCQ, de 2002 à 2011, 139 cas de VIH dont 60 nouveaux cas, ont été déclarés (41 hommes et 19 femmes). Parmi les catégories d'exposition, 66 % des cas étaient dans les catégories HARSAH/UDI, les autres étant répartis dans : pays endémique, hétérosexuel avec un partenaire à risque de VIH, hétérosexuel sans facteur de risque connu et transmission mère-enfant. Au total, 77 % des cas avaient de 25 à 55 ans.

Une certaine proportion des personnes séropositives sont dépistées tardivement, ces personnes ayant été infectées il y a plusieurs années. Le dépistage précoce des personnes vulnérables pourrait diminuer la transmission du VIH et améliorer la prise en charge des cas.

6 L'hépatite B : une éclosion récente d'infections aiguës dans la région

L'hépatite B regroupe les hépatites B aiguës, les hépatites B chroniques et les hépatites B sans précision. Au Québec, depuis les 15 dernières années, le nombre de cas d'hépatite B aiguë a diminué de près de 100 %. Cela s'explique en partie par l'implantation en 1994 du *Programme de vaccination en 4^e année du primaire* et l'accès à la vaccination gratuite pour les groupes à risque (Lambert et autres, 2010). En MCQ, l'incidence de l'hépatite B est relativement basse et stable.

Malgré tout, une certaine transmission persiste. Ainsi, en 2011-2012, une éclosion d'hépatite B aiguë est survenue chez des hommes de la région. Neuf cas aigus ont été identifiés en un an (taux 10 fois plus élevé qu'attendu). La source d'infection la plus fréquente était des relations sexuelles à risque avec un homme ou une femme. Les cas étaient concentrés dans quatre territoires de CSSS (Trois-Rivières, Énergie, Vallée-de-la-Batiscan et Maskinongé).

CONCLUSION

Même s'il sous-estime la fréquence réelle des ITSS, le système de maladies à déclaration obligatoire nous permet de cerner la recrudescence inquiétante de ces infections. La situation des ITSS est loin d'être sous contrôle tant au Québec que dans notre région.

Les ITSS, dont on parle relativement peu pour toutes sortes de raisons, ne sont pas des infections comme les autres. Elles touchent à des zones sensibles comme la sexualité, la consommation de drogues et les normes sociales. L'épidémie silencieuse est pourtant bien réelle et notre région n'y échappe pas. Beaucoup d'efforts sont déjà déployés dans notre réseau. Mais comme le 4^e rapport du Directeur national de santé publique le souligne, les efforts doivent être canalisés, optimisés et coordonnés (MSSS, 2009). Il faut poursuivre et améliorer la surveillance des ITSS. Nos efforts de prévention, de dépistage et de meilleure prise en charge doivent cibler les jeunes, les HARSAH, les personnes UDI sans négliger d'autres groupes vulnérables. C'est en travaillant tous ensemble que les gains dans la lutte contre les ITSS seront réalisés.

RÉFÉRENCES

Bitera, R., et autres (2011). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : cas cumulatifs 2002-2010*. Québec, INSPQ, 66 p.

Blouin, K., et Parent, R. (2011). *Analyse des cas déclarés d'infection génitale à Chlamydia trachomatis, d'infection gonococcique et de syphilis au Québec par année civile : 1994-2009 (et données préliminaires 2010)*. Québec, INSPQ, 349 p.

Lambert, G., Venne, S. et Minzunza, S. (2011). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2010 (et projections 2011)*. Québec, MSSS, 80 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Quatrième rapport sur l'état de santé de la population du Québec. L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Québec, MSSS, 73 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Avis du groupe de travail pour le contrôle de l'infection gonococcique*. Québec, MSSS, 138 p.

Parent, R., et autres (2011). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2009 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2009*. Québec, INSPQ, 83 p.

Picard, J., et autres (2012). *Maladies à déclaration obligatoires en Montérégie : Rapport annuel 2010*. Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 75 p.

