

PORTRAIT
DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT
ET PAR LE SANG (ITSS), DE L'HÉPATITE C,
DE L'INFECTION PAR LE VIH ET DU SIDA
AU QUÉBEC

DÉCEMBRE 2003



S A N T É P U B L I Q U E

C O L L E C T I O N

*analyses et
surveillance*

27

Québec 

**PORTRAIT
DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT
ET PAR LE SANG (ITSS), DE L'HÉPATITE C,
DE L'INFECTION PAR LE VIH ET DU SIDA
AU QUÉBEC**

DÉCEMBRE 2003

**Santé
et Services sociaux**

Québec



Réalisation :

Bruno Turmel, M.D.	Responsable du Programme de surveillance de l'infection par le VIH et du sida au Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylvie Venne, M.D.	Responsable du dossier des infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux
Louise Meunier, B. A.	Coordonnatrice du Programme de surveillance du sida au Québec et intervenante en santé publique pour la surveillance de l'infection par le VIH au Québec
Sylfreed Minzunza, B.Sc.A.	Analyste en programmation, ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie-Jeanne Lortie	Technicienne en informatique, Bureau de surveillance et de vigie, ministère de la Santé et des Services sociaux
Raymond Parent, M.Sc.	Institut national de santé publique du Québec

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un autre exemplaire du présent document, faites parvenir votre commande au Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS) :

Télécopieur : (514) 873-9997

Adresse électronique : slitss@msss.gouv.qc.ca

Ce document est disponible à la section **documentation**, sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2003

Bibliothèque nationale du Canada, 2003

ISBN 2-550-41755-0

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Table des matières

Introduction	7
---------------------------	---

État de la situation des ITSS	9
--	---

FIGURES :

Nombre de cas déclarés de chlamydirose génitale selon le sexe au Québec, 1990-2002	11
Taux d'incidence de la chlamydirose génitale chez les femmes de 15 à 24 ans au Québec, 1990-2002	12
Taux d'incidence de l'infection gonococcique selon le sexe et le groupe d'âge au Québec, 2002. Cas déclarés chez les personnes âgées de 15 à 49 ans (95 % des cas déclarés)	13
Taux d'incidence de l'infection gonococcique au Québec, 1984-2002	14
Nombre de cas de syphilis infectieuse déclarés au Québec, selon le sexe, 1984-2003*	15
Taux d'incidence de l'hépatite B aiguë selon le sexe au Québec, 1990-2002	16
Taux d'incidence des cas déclarés d'hépatite B aiguë chez les personnes âgées de 15 à 59 ans, selon le groupe d'âge au Québec, 1992 et 2002	17
Nombre de cas déclarés d'hépatite C selon le groupe d'âge et le sexe au Québec, 2002	18

État de la situation du sida	19
---	----

FIGURES :

Proportion des cas de sida déclarés au 30 juin 2003 par catégorie d'exposition et par période de diagnostic, cas masculins au Québec	21
Proportion des cas de sida déclarés au 30 juin 2003 par catégorie d'exposition et par période de diagnostic, cas féminins au Québec	22
Taux d'incidence cumulative du sida par 100 000 personnes au 31 décembre 2002, par province au Canada	23
Taux annuel de mortalité associée au sida par 100 000 personnes, par année de décès, de 1987 à 2002 au Québec, Montréal-Centre et hors Montréal-Centre	24

État de la situation de l'infection par le VIH	25
---	----

FIGURES :

Tests de sérologie anti-VIH – Données du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ)	27
Nombre de spécimens soumis pour mesure de la charge virale du VIH, et nombre correspondant de patients – Données du Programme québécois pour la mesure de la charge virale du VIH – LSPQ	28
Estimation de la prévalence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées en 2002, comparées à 1999, par catégories d'exposition au Québec	29
Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées en 2002, comparées à 1999, par catégories d'exposition au Québec	29
Nombre de femmes infectées par le VIH selon l'étape de la grossesse au moment du dépistage et la date du dépistage	30
Nombre de femmes infectées par le VIH selon la catégorie d'exposition et la date du dépistage	31
Données du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, au 26 septembre 2003	32
 Conclusion	 33
 Sources des données	 34

Introduction

Depuis quelques années, le ministère de la Santé et des Services sociaux produit une brochure annuelle visant à présenter, à l'aide des diverses sources de données disponibles, un portrait de l'infection par le VIH et du sida au Québec. En parallèle toutefois, l'évolution de l'infection par le VIH connaissait des changements importants, notamment en raison du développement et de l'utilisation de thérapies hautement efficaces. Étant donné ces changements, la production d'un portrait qui soit le plus près possible de la réalité devenait difficile.

En avril 2002, cependant, l'infection par le VIH a été ajoutée à la liste des maladies à déclaration obligatoire. Depuis le 20 novembre 2003, l'infection par le VIH fait l'objet d'une collecte de renseignements à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population, suite à l'entrée en vigueur du Règlement d'application de la loi sur la santé publique. Cela contribuera sûrement à améliorer les connaissances sur l'infection par le VIH au cours des prochaines années.

Par ailleurs compte tenu de l'annonce prochaine de la nouvelle stratégie québécoise de lutte contre le VIH, le sida, l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) – Orientations 2003-2009, premier document complémentaire au Programme national de santé publique 2003-2012, des modifications substantielles à la brochure s'imposaient afin que celle-ci reflète mieux l'intégration des ITSS à la stratégie.

Le présent document fait donc état de la situation des ITSS (chlamydie génitale, infections gonococciques, syphilis, hépatite B) de l'hépatite C, du sida et de l'infection par le VIH en 2003, à partir de diverses sources de données.

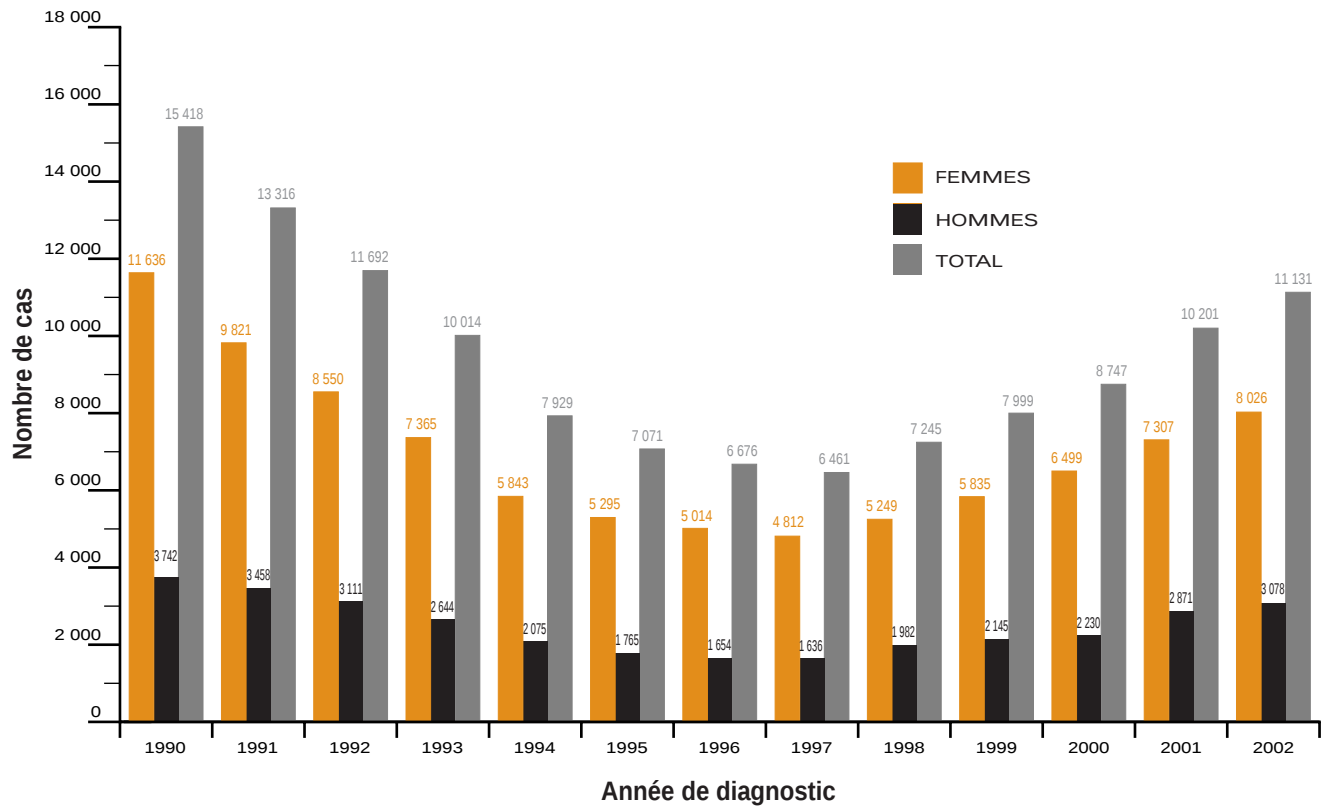
Les données, obtenues grâce aux activités de surveillance des ITSS à déclaration obligatoire au Québec, grâce au Programme de surveillance de l'hépatite C, de l'infection par le VIH et du sida au Québec et grâce, encore, à d'autres organismes et programmes, aident à dresser le portrait de la situation. Ces informations sont essentielles afin d'orienter les interventions et de planifier les ressources nécessaires en matière de lutte contre les ITSS, l'hépatite C, l'infection par le VIH et le sida.

Ce document s'adresse notamment aux professionnels de la santé, aux associations, aux intervenants, aux groupes communautaires et aux individus engagés de près ou de loin dans la lutte contre les ITSS, l'infection par le VIH et le sida, et a comme objectif d'aider la population à mieux saisir l'importance de ces problèmes de santé publique.

ÉTAT
DE LA SITUATION
DES ITSS



Nombre de cas déclarés de chlamydie génitale selon le sexe au Québec, 1990-2002

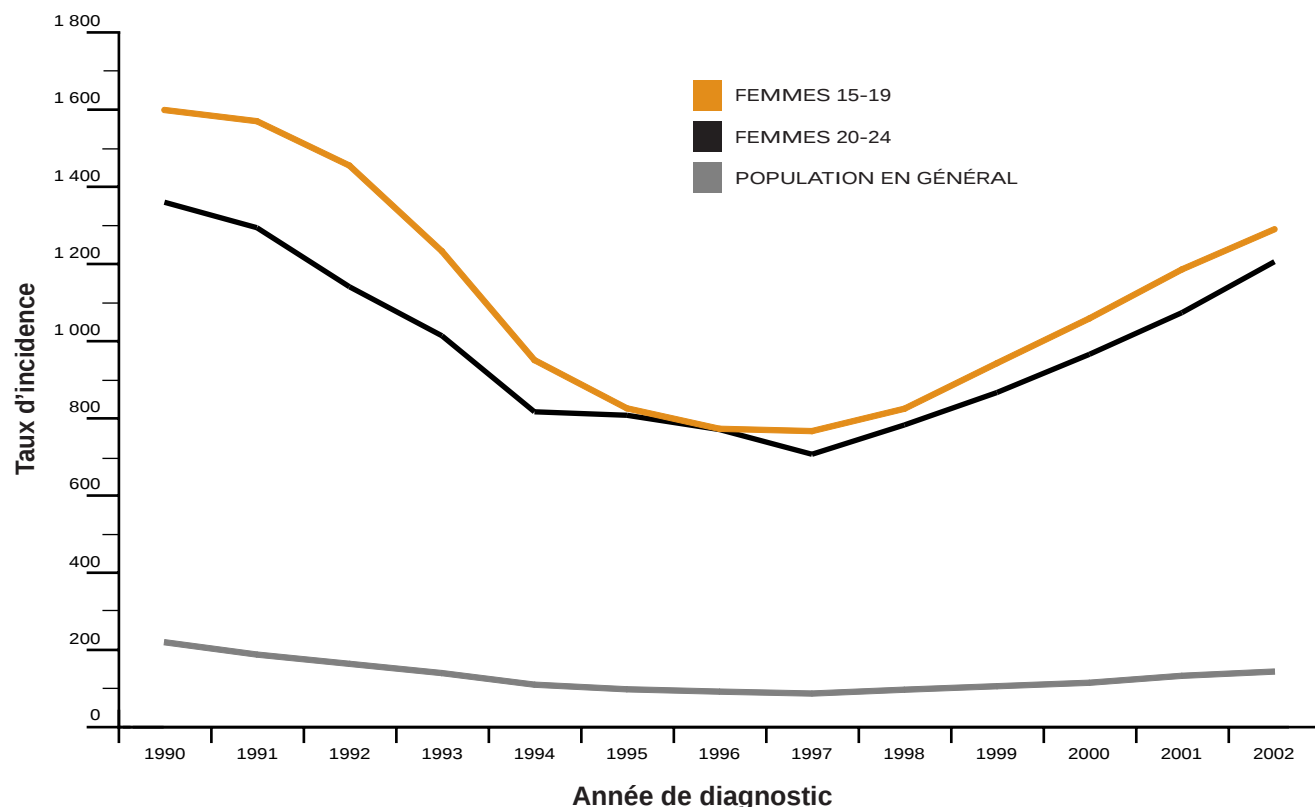


La chlamydie génitale est la plus fréquente des ITS à déclaration obligatoire, avec 11 131 cas déclarés au Québec pour l'année 2002. La majorité des cas sont déclarés chez les femmes (72 %). Plus de 70 % des cas déclarés concernent des jeunes âgés de 15 à 24 ans. Après une diminution importante jusqu'au milieu des années 90, le nombre de cas déclarés a augmenté de près de 54 % entre 1998 et 2002. Une augmentation est constatée tant chez les hommes que chez les femmes, et dans tous les groupes d'âge des personnes de moins de 60 ans.

La chlamydie génitale touche toutes les régions du Québec. La majorité des régions ont des taux d'incidence comparables à ceux de l'ensemble du Québec, soit 144,3 cas par 100 000 personnes en 2002, à l'exception du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James qui ont des taux beaucoup plus élevés soit, respectivement, de cinq fois et de plus de vingt fois le taux d'incidence du Québec.

L'amélioration des techniques de détection de la chlamydie n'explique pas à elle seule l'augmentation de l'incidence de cette infection. L'augmentation est sans doute également reliée à des comportements sexuels à risque ; cette hypothèse est d'autant plus plausible que d'autres ITS enregistrent aussi une hausse.

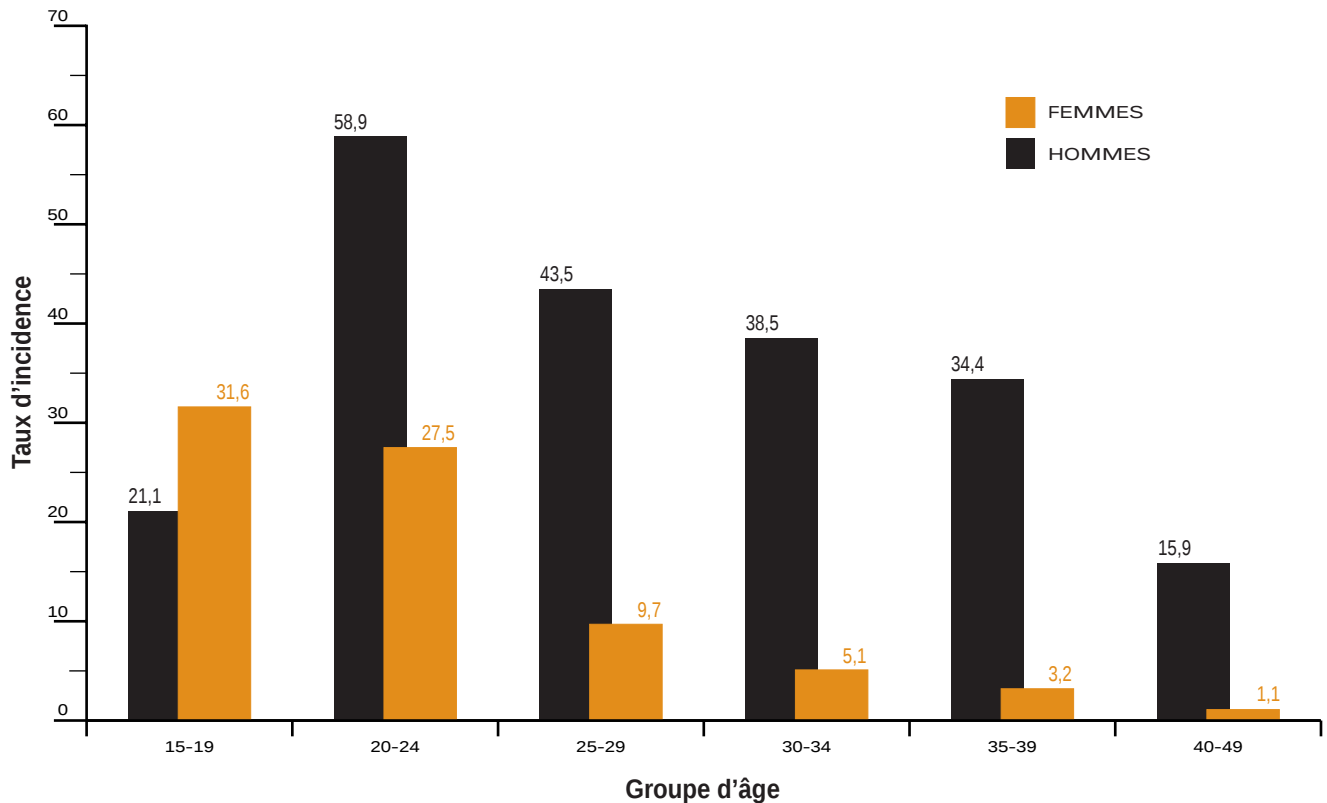
Taux d'incidence (nombre de cas par 100 000 personnes) de la chlamydie génitale chez les femmes de 15 à 24 ans au Québec, 1990-2002



Le nombre élevé de chlamydie génitale et surtout l'augmentation du taux d'incidence de cette infection au cours des dernières années sont préoccupants, particulièrement en ce qui concerne les jeunes femmes. En effet, chez la femme, une infection génitale à *Chlamydia trachomatis* non traitée peut entraîner des complications qui augmentent considérablement les risques de grossesse ectopique et d'infertilité.

Taux d'incidence (nombre de cas par 100 000 personnes) de l'infection gonococcique selon le sexe et le groupe d'âge au Québec, 2002

Cas déclarés chez les personnes âgées de 15 à 49 ans
(95 % des cas déclarés)

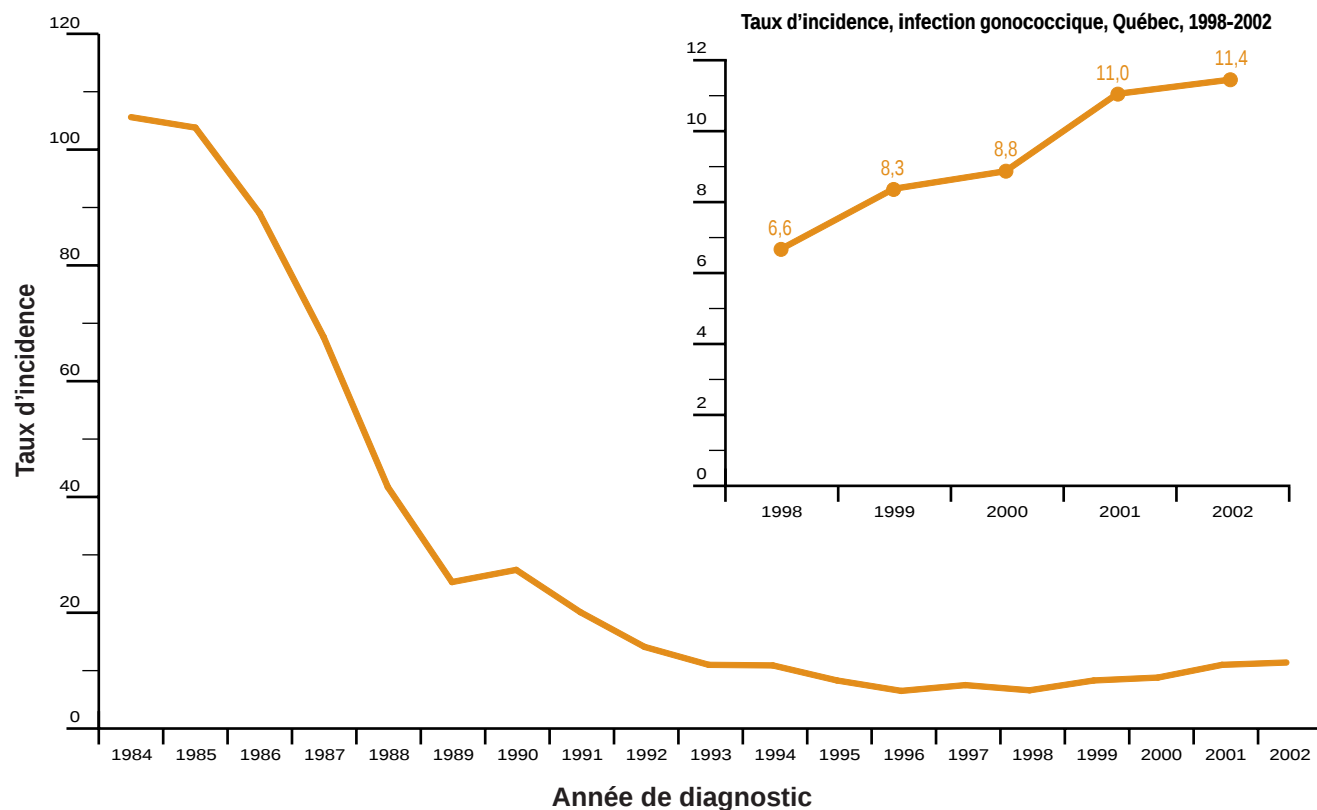


Le portrait épidémiologique de la gonorrhée diffère considérablement de celui de la chlamydie génitale : le nombre de cas est moins élevé (880 cas en 2002) ; les hommes sont majoritairement touchés (76 % des cas en 2002) ; et si 40 % des cas concernent des jeunes de 15 à 24 ans, les adultes de 25 à 40 ans comptent pour 42 % des personnes infectées.

Le taux d'incidence (nombre de cas par 100 000 personnes) le plus élevé se retrouve chez les jeunes hommes de 20 à 24 ans, qui est cinq fois plus élevé que celui de la population en général (58,9 par rapport à 11,4). En fait, les taux d'incidence de l'infection gonococcique sont systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes, sauf pour les jeunes de 15 à 19 ans où les filles affichent un taux plus élevé.

Par ailleurs, la distribution des cas n'est pas proportionnellement répartie dans les différentes régions du Québec : 60 % des cas déclarés viennent de la région de Montréal, et 15 % des régions adjacentes de Laval et de la Montérégie. Ainsi, le taux d'incidence chez les hommes de Montréal âgés de 20 à 24 ans est deux fois plus élevé que celui des hommes de même âge de l'ensemble de la province.

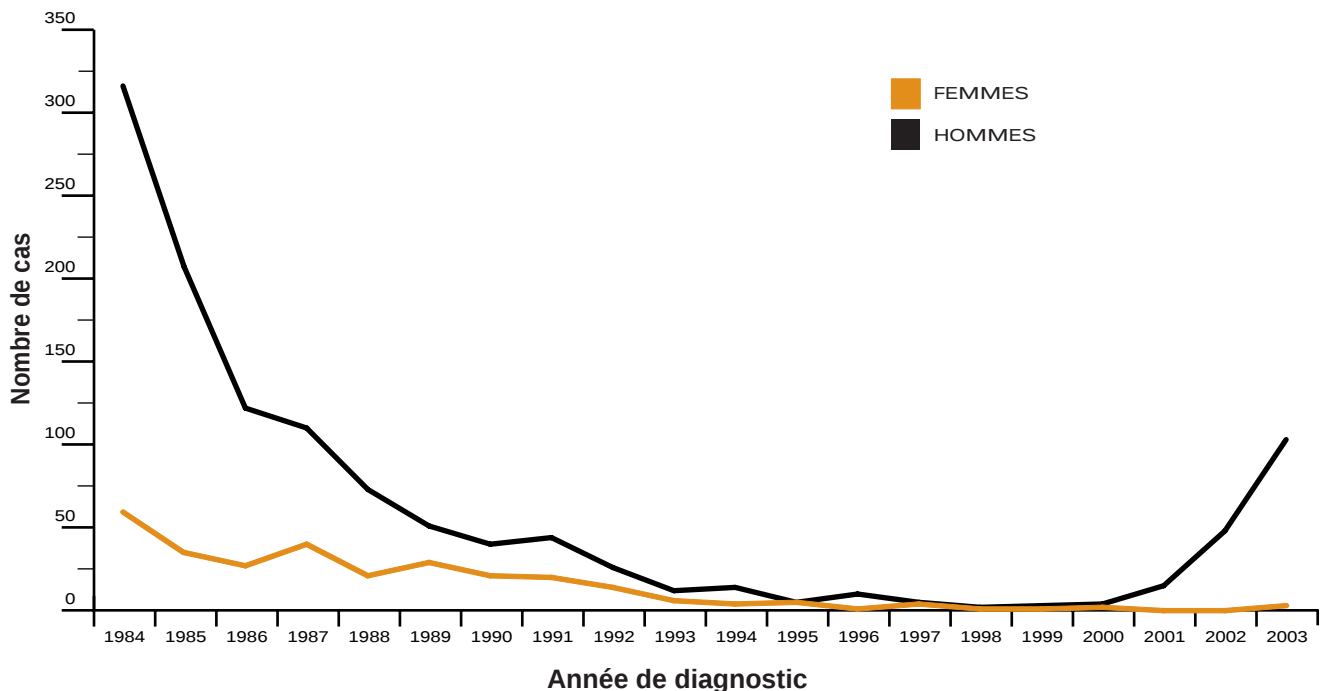
Taux d'incidence (nombre de cas par 100 000 personnes) de l'infection gonococcique au Québec, 1984-2002



Si le taux d'incidence des infections gonococciques diminuait d'année en année depuis le début de la décennie 1980, cette tendance ne se vérifie plus maintenant. Ainsi le nombre de cas déclarés est passé de 495 en 1998 à 880 en 2002 et durant cette même période, le taux d'incidence a augmenté de plus de 72 %, passant de 6,6 en 1998 à 11,4 en 2002.

L'information disponible montre que plus de 60 % des cas déclarés chez les hommes en 2001 et 2002 sont des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), ce qui est une nette sur-représentation de cette clientèle par rapport à ce qui serait attendu compte tenu de sa proportion dans la population en général (probablement entre 5 et 10 %). Les chiffres du Québec sont néanmoins cohérents avec les données épidémiologiques actuelles provenant d'un peu partout dans le monde quant à l'augmentation de l'incidence de l'infection gonococcique chez les HARSAH.

Nombre de cas de syphilis infectieuse déclarés au Québec, selon le sexe, 1984-2003*



* Le nombre de cas pour l'année 2003 est estimé à partir des cas déclarés au 20 septembre 2003.

Au Québec, le nombre annuel de déclarations de cas de syphilis infectieuse est passé de 375 en 1984 à moins de 15 à compter de 1995, pour atteindre un plancher de 3 cas en 1998¹. Le taux d'incidence de syphilis infectieuse a ainsi diminué d'année en année pour atteindre un taux de moins de 0,1 cas par 100 000 de 1998 à 2000. Toutefois, à compter de la fin de l'année 2000, le nombre de cas déclarés a augmenté dans la région de Montréal. De fait, le taux d'incidence de la syphilis infectieuse augmente : s'il se situait à 0,2 en 2001 et à 0,6 en 2002, il sera vraisemblablement d'environ 1,3 en 2003.

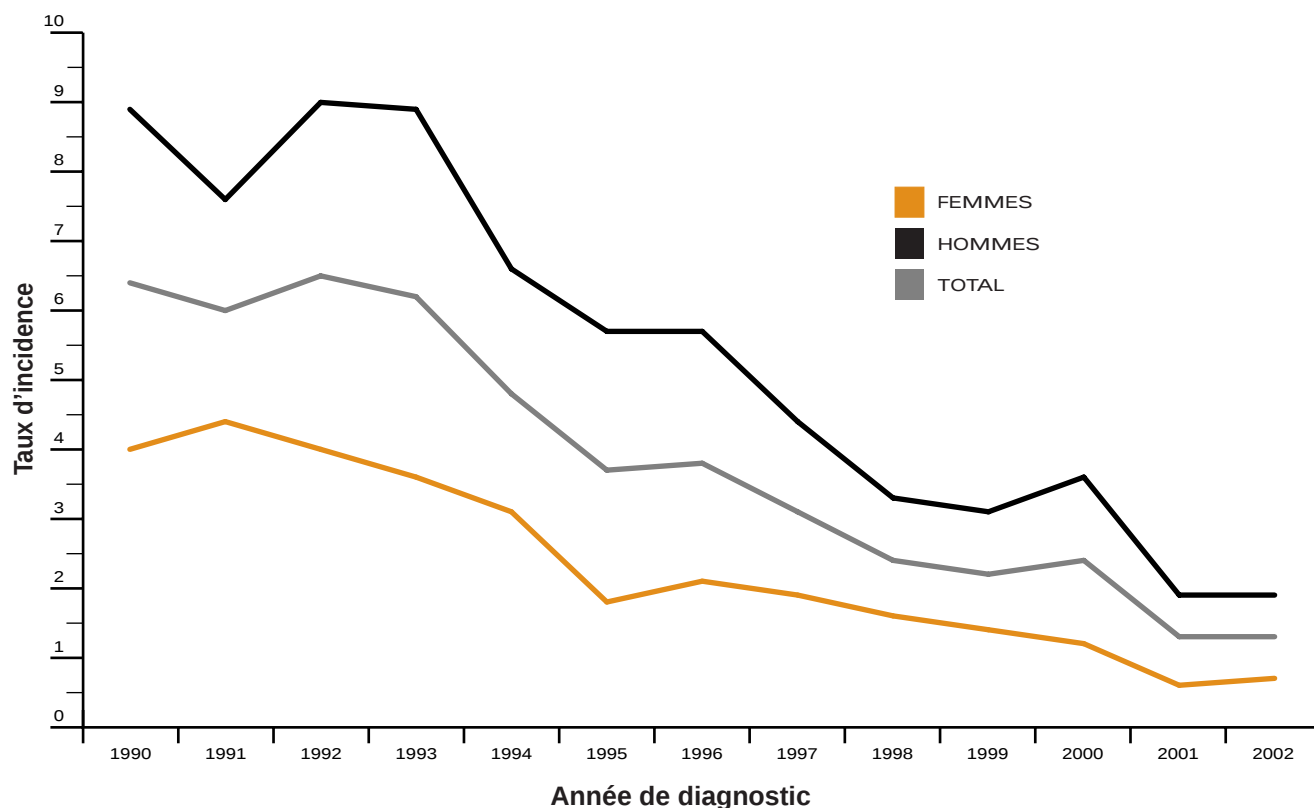
En 2002, 48 cas de syphilis infectieuse ont été déclarés au Québec¹ et tous ces cas sont des hommes. Parmi ceux-ci, 92 % sont des HARSAH et 77 % viennent de la région de Montréal.

Au 20 septembre 2003², 76 cas (74 hommes, 2 femmes) avaient déjà été déclarés, dont 62 (81 %) viennent de la région de Montréal. Au rythme actuel, il est prévisible que plus de 100 cas de syphilis infectieuse seront déclarés pour l'année 2003. Selon les informations disponibles, une proportion importante de ces personnes, soit 41 %, seraient en outre infectées par le VIH. L'infection par la syphilis chez les personnes infectées par le VIH implique des comportements sexuels à risque et plus particulièrement chez les HARSAH fréquentant les saunas de la région de Montréal, et peut aussi signifier un risque accru de propagation de l'infection par le VIH dans cette population.

La résurgence de la syphilis, notamment au sein des HARSAH, est un phénomène qui a été également constaté dans plusieurs grandes villes canadiennes, américaines et européennes.

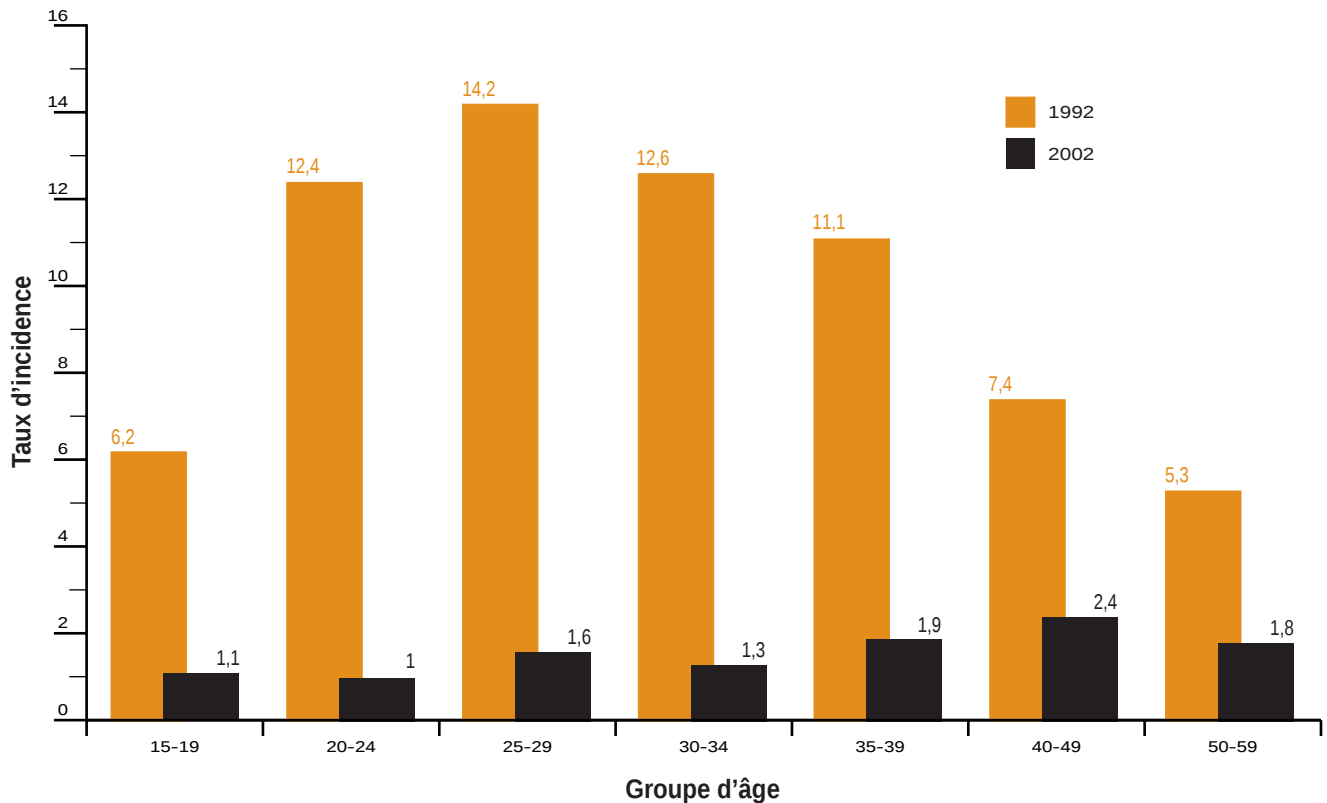
1. R. Parent, M. Alary, S. Venne, M. Dupont et B. Duval, *Analyse des cas d'infection génitale à Chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec, 1997-2001*, ministère de la Santé et des Services sociaux, collection « Analyses et surveillance », avril 2003.
2. M.J. Lortie, *Rapport hebdomadaire des données du fichier des maladies à déclaration obligatoire*, Sem CDC 03-38, 22 septembre 2003.

Taux d'incidence (nombre de cas par 100 000 personnes) de l'hépatite B aiguë selon le sexe au Québec, 1990-2002



L'hépatite B aiguë est la seule ITSS dont l'incidence diminue régulièrement. Son incidence est ainsi passée de 6,3 cas par 100 000 personnes en 1990 à 1,3 cas par 100 000 personnes en 2002, ce qui représente une diminution de près de 80 % constatée tant chez les hommes que chez les femmes. Le nombre de cas déclarés d'hépatite B aiguë est ainsi passé de 482 en 1990 à 99 en 2002.

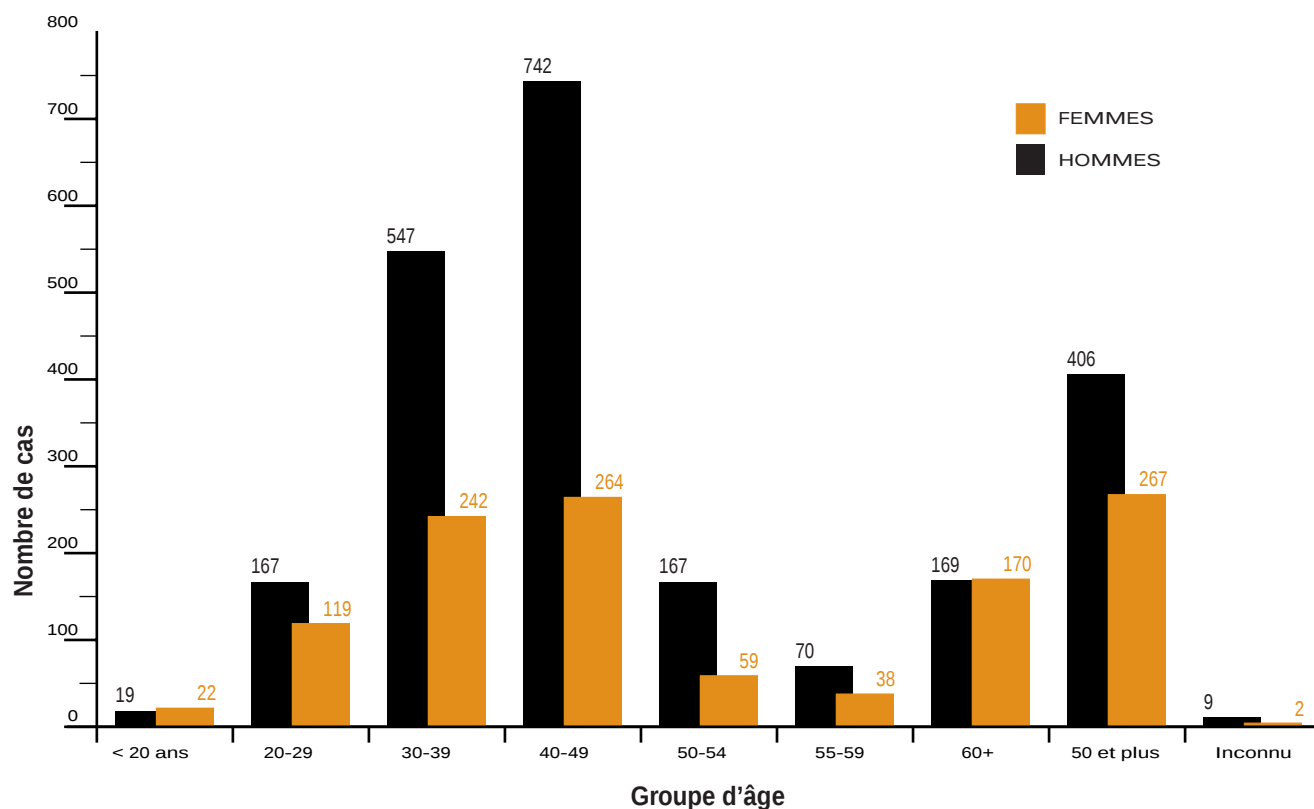
Taux d'incidence (nombre de cas par 100 000 personnes) des cas déclarés d'hépatite B aiguë chez les personnes âgées de 15 à 59 ans, selon le groupe d'âge au Québec, 1992 et 2002



Au début des années 90, les taux d'incidence les plus élevés se retrouvaient chez les personnes de 20 à 39 ans. En 2002, ce sont les personnes âgées de 40 à 49 ans qui affichent les taux les plus élevés. Ces résultats sont vraisemblablement attribuables aux effets bénéfiques de la vaccination élargie contre cette infection. En effet, depuis 1994, tous les enfants de 4^e année se voient offrir à l'école une vaccination volontaire contre l'hépatite B. De plus, en 1999, la vaccination a aussi été offerte aux jeunes de quatrième et cinquième secondaire afin d'augmenter la population rejointe.

Outre les hépatites B aiguës, des cas d'hépatite B chronique sont déclarés. Ce sont des personnes qui ont contracté leur infection dans le passé et chez qui la présence du virus continue d'être détectable; elles peuvent donc transmettre l'infection. En 1999, 969 cas d'hépatite B chronique ont été déclarés au Québec.

Nombre de cas déclarés d'hépatite C selon le groupe d'âge et le sexe au Québec, 2002



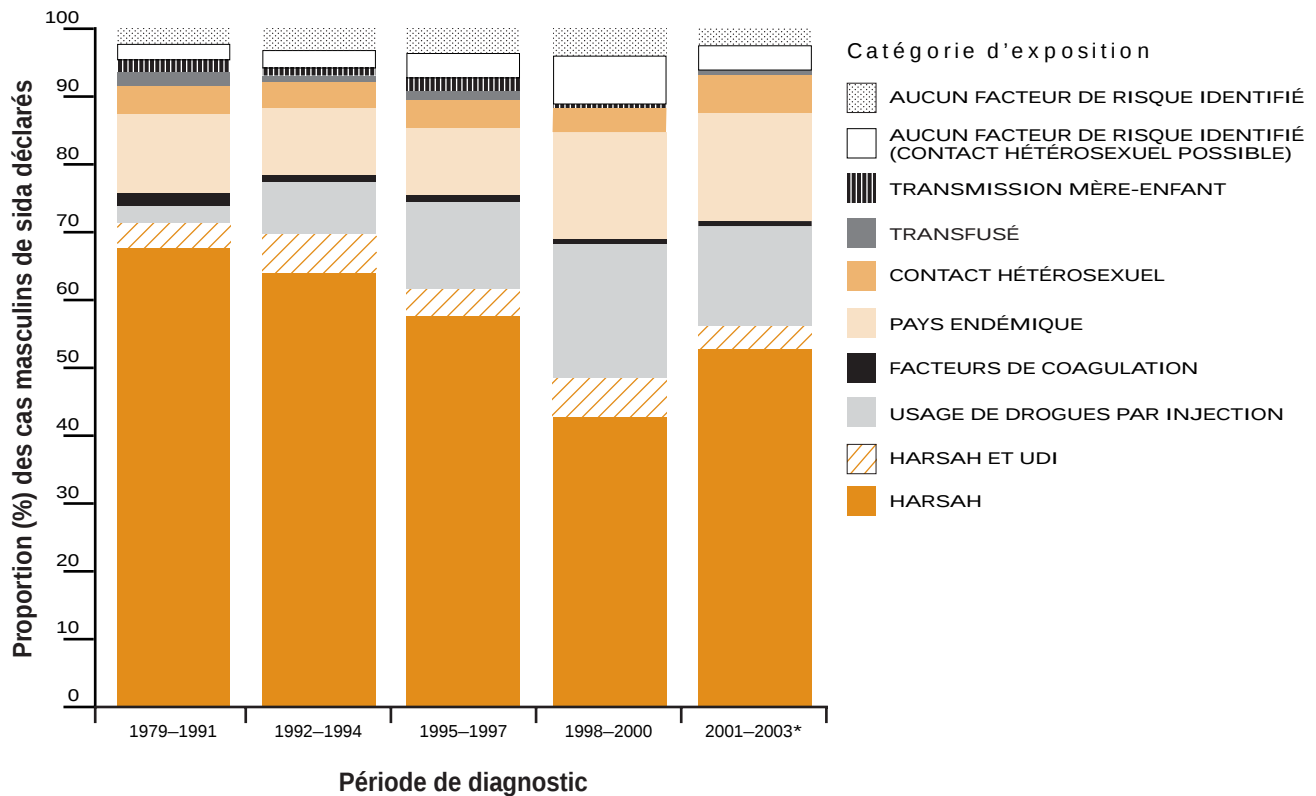
L'hépatite C est une maladie à déclaration obligatoire par les médecins depuis plusieurs années. Toutefois, les laboratoires ne sont tenus de déclarer cette infection que depuis avril 2002. Aussi est-il difficile d'interpréter le nombre de cas déclarés dans le temps; ce nombre peut en effet refléter plutôt les nouvelles modalités de déclaration que l'évolution de l'épidémiologie de l'infection.

Pour l'année 2002, 2 844 cas d'hépatite C ont été déclarés; les deux tiers, soit 66 %, sont des hommes. En outre la majorité des cas (63 %) se retrouvent chez des personnes âgées de 30 à 49 ans. Des activités de vigilance sanitaire, réalisées par les directions de santé publique, visant à préciser principaux facteurs de risque des cas déclarés d'hépatite C, permettront au cours des prochaines années de mieux décrire la situation épidémiologique de cette infection au Québec.

ÉTAT
DE LA SITUATION
DU SIDA



Proportion des cas de sida déclarés au 30 juin 2003 par catégorie d'exposition et par période de diagnostic, cas masculins au Québec



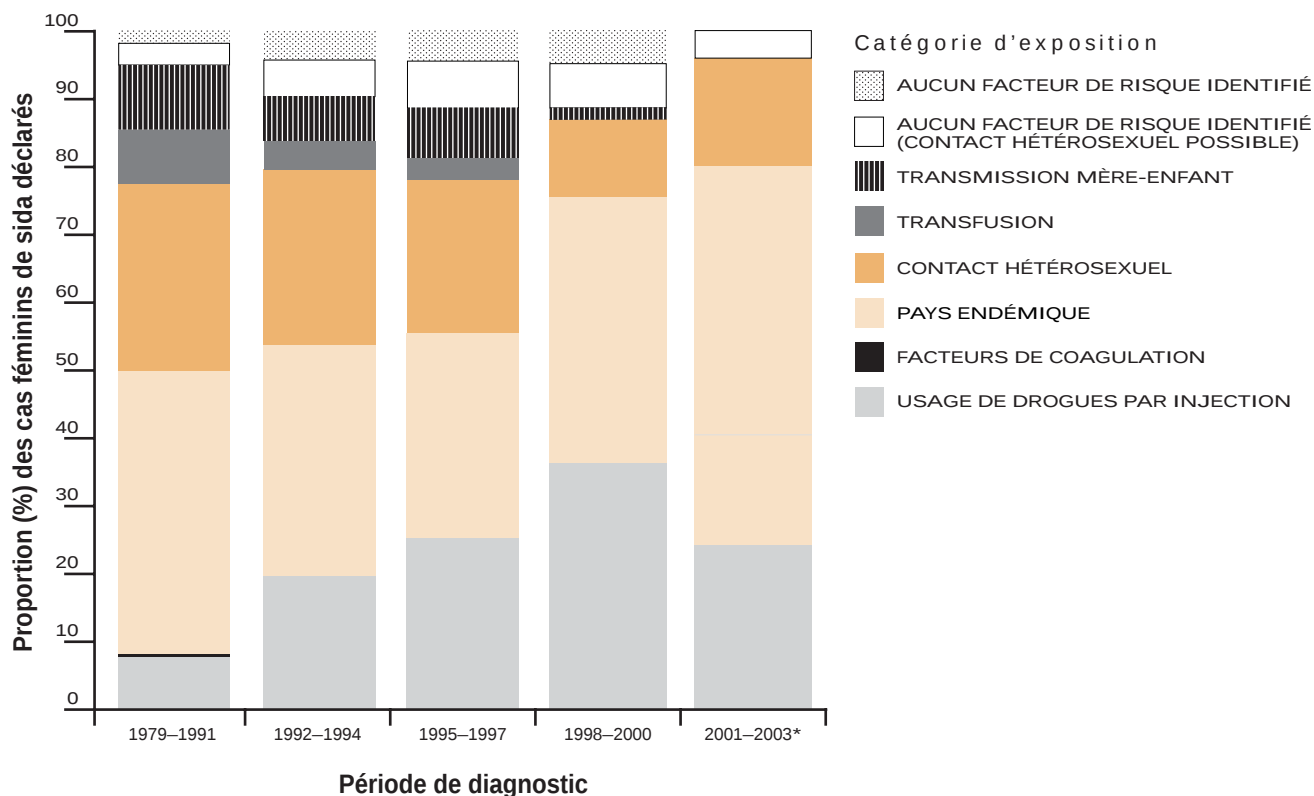
* Les six premiers mois de 2003.

Source : PROGRAMME DE SURVEILLANCE DU SIDA DU QUÉBEC, *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida) : Cas cumulatifs 1979-2003 – Mise à jour n° 2003-1^{er} au 30 juin 2003*, Province de Québec, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2003.

Cette figure illustre la proportion des cas appartenant à chacune des catégories d'exposition parmi tous les cas masculins. L'importance de chaque catégorie est donc liée à l'importance des autres catégories.

De façon cumulative, les hommes homosexuels et bisexuels représentaient 67,5 % de tous les cas masculins déclarés à la fin de 1991. Par la suite, cette proportion a baissé continuellement, pour atteindre 42,8 % durant la période 1998-2000. Elle a cependant remonté à 52,8 % au cours de la période allant de 2001 à juin 2003. Chez les hommes utilisateurs de drogues par injection (UDI), y compris les hommes homosexuels et bisexuels UDI, la proportion de cas déclarés a augmenté continuellement de la fin de la période 1979-1991 à la fin de la période 1998-2000, passant de 6,4 % de tous les cas masculins à 25,6 %. Chez les hommes originaires de pays endémiques, le nombre de cas déclarés a varié de période en période. Durant la dernière période toutefois, soit de 2001 à juin 2003, leur proportion était passée à 16 %, ce qui représente une augmentation d'un peu plus de 4 % par rapport à la période 1979-1991. La proportion des hommes ayant été infectés par contact hétérosexuel a toujours été assez stable (de 3,6 à 4,1 %), mais a augmenté à 5,6 % durant la période comprise entre 2001 et juin 2003. Enfin, la majorité des cas de sida attribués aux catégories « transfusé » et « facteurs de coagulation » diagnostiqués depuis 1985 représentent des personnes ayant été infectées avant novembre 1985.

Proportion des cas de sida déclarés au 30 juin 2003 par catégorie d'exposition et par période de diagnostic, cas féminins au Québec



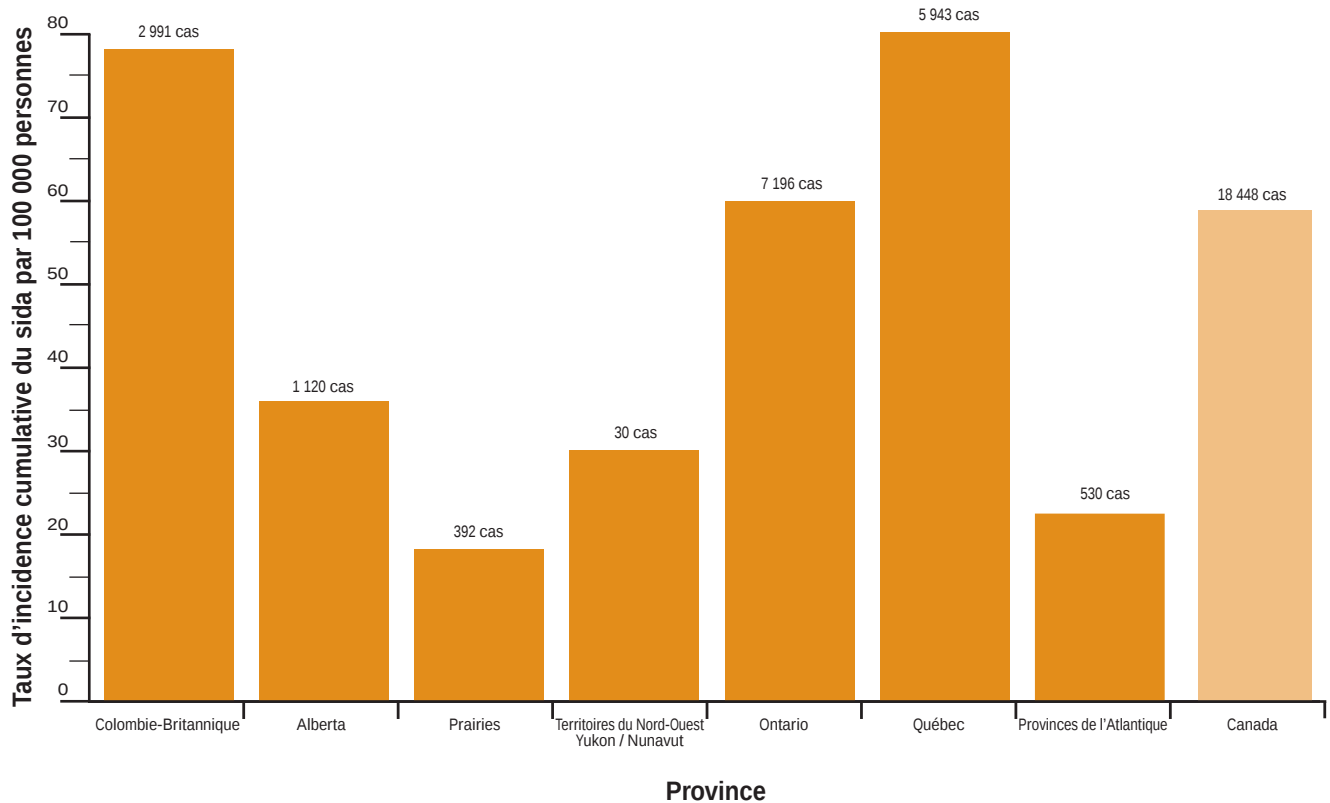
* Les six premiers mois de 2003.

Source : PROGRAMME DE SURVEILLANCE DU SIDA DU QUÉBEC, *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida) : Cas cumulatifs 1979-2003 – Mise à jour n° 2003-1 au 30 juin 2003*, Province de Québec, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2003.

Cette figure illustre la proportion des cas appartenant à chacune des catégories d'exposition parmi tous les cas féminins. L'importance d'une catégorie est donc liée à l'importance des autres catégories. Les proportions pour la période 2001 à juin 2003 doivent être interprétées avec prudence étant donné le petit nombre de cas diagnostiqués chez des femmes durant cette période.

Les femmes originaires de pays endémiques représentent toujours la proportion la plus importante des cas de sida chez les femmes même si cette proportion a connu certaines variations au cours des différentes périodes. Par ailleurs, la proportion de cas déclarés chez les femmes utilisatrices de drogues par injection a augmenté de période en période, passant de 7,6 % à la fin de 1979-1991 à 36,1 % en 1998-2000 ; une baisse a été constatée en 2001-2003, baisse qu'il faut cependant interpréter prudemment, comme le souligne la mise en garde précisée au paragraphe précédent. Le nombre de cas de femmes infectées par contact hétérosexuel a diminué régulièrement entre 1979-1991 et 1998-2000, leur proportion passant de 27,6 % à 11,5 % ; le nombre de cas a cependant augmenté en 2001-2003, et leur proportion a ainsi atteint 16 % au cours de cette dernière période. Enfin, la majorité des cas de sida attribués aux catégories « transfusé » et « facteurs de coagulation » diagnostiqués depuis 1985 représentent des personnes ayant été infectées avant novembre 1985.

Taux d'incidence cumulative du sida par 100 000 personnes au 31 décembre 2002, par province au Canada

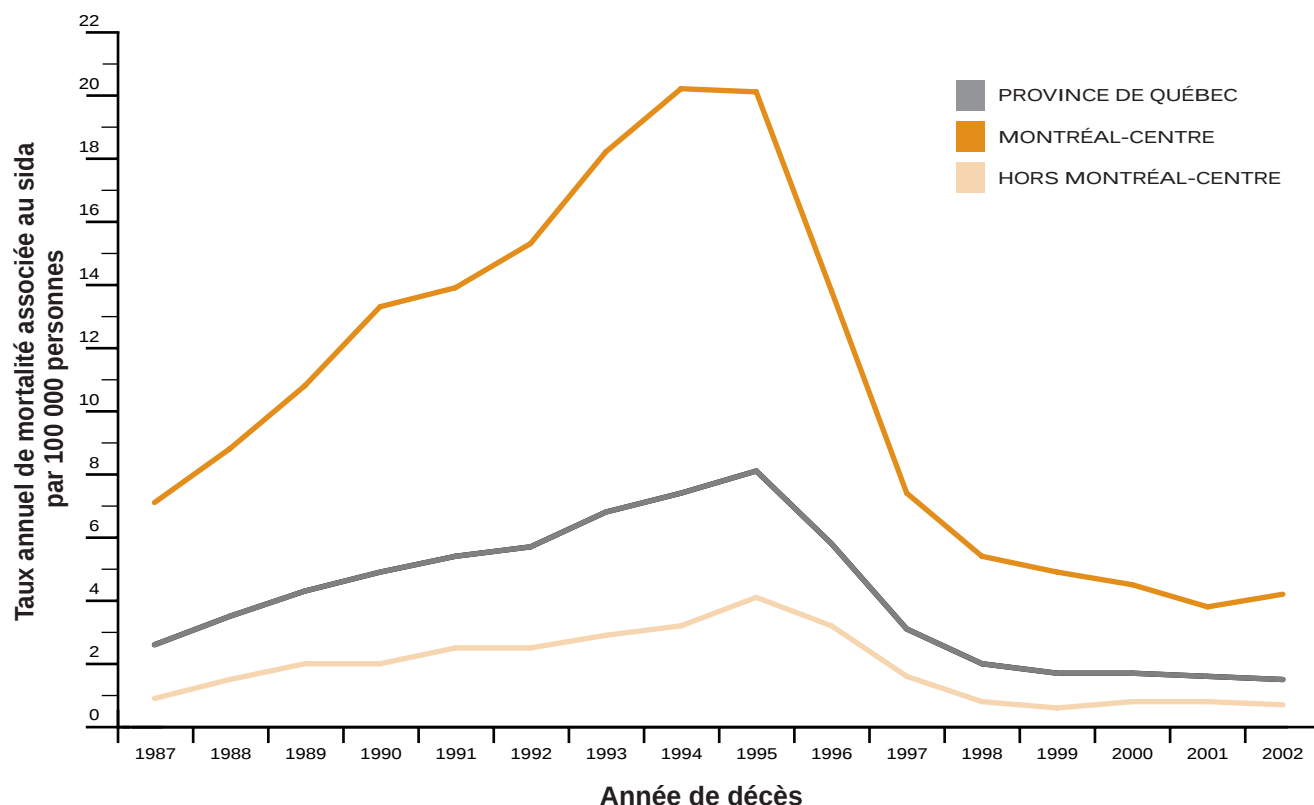


Source : SANTÉ CANADA, *Le VIH et le sida au Canada, rapport de surveillance en date du 31 décembre 2002*.
Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses,
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, avril 2003.

En ce qui a trait au taux d'incidence cumulative, le Québec se situe au premier rang des provinces canadiennes avec un taux de 79,6 par 100 000 personnes, suivi de près par la Colombie-Britannique qui enregistre un taux de 77,9. En nombre, le Québec occupe le deuxième rang, avec un total de 5 943 cas. L'Ontario et la Colombie-Britannique ont respectivement 7 196 et 2 991 cas. Ces trois provinces représentent ensemble un peu plus de 87 % des cas recensés au Canada.

Les calculs de taux d'incidence dans cette figure sont basés sur les données du recensement de 1996 ainsi que sur les estimations postcensitaires provisoires au 1^{er} janvier 2003, produites par Statistique Canada.

Taux annuel de mortalité associée au sida par 100 000 personnes, par année de décès, de 1987 à 2002 au Québec, Montréal-Centre et hors Montréal-Centre



Source : Institut de la statistique du Québec. Communication personnelle, Louis Duchesne, octobre 2003.

Les données sur la mortalité associée au sida, tout comme celles sur les cas de sida déclarés, montrent que la région de Montréal-Centre (île de Montréal) est plus touchée que le reste de la province.

Pour l'ensemble du Québec, le taux de mortalité associée au sida a augmenté de 1987 à 1995, pour atteindre 8,1 par 100 000 personnes. Le taux a ensuite baissé continuellement, pour s'établir à 1,5 par 100 000 personnes en 2002, ce qui représente une baisse de plus de 81 %. Pour la région de Montréal-Centre, le taux le plus élevé a été enregistré en 1994 avec 20,2 par 100 000 personnes; ce taux a ensuite diminué, pour atteindre son plus bas niveau en 2001 avec 3,8 par 100 000 personnes, soit une baisse de 81 % comparable à la baisse enregistrée pour l'ensemble du Québec.

ÉTAT
DE LA SITUATION
DE L'INFECTION PAR LE VIH



Tests de sérologie anti-VIH

Données du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ)

Année	Nombre de spécimens testés (EIA)	Nombre et proportion de spécimens confirmés positifs par le LSPQ		Nombre minimum de personnes séropositives après exclusion la plus complète des doublons
		Nombre	%	
1985-1994	722 365	22 366	3,1	7 146
1995	138 575	2 473	1,8	624
1996	162 275	2 473	1,5	672
1997	189 012	2 251	1,2	628
1998	210 113	1 873	0,9	567
1999	215 723	2 061	1,0	568
2000	221 404	1 863	0,8	493
2001	225 591	1 674	0,7	526
2002 *	214 253	1 634	0,8	620
2003 *	101 895	975	1,0	311

* Données préliminaires au 14 juin 2003 (nombre de spécimens incomplet pour certaines périodes).

Source : Programme de diagnostic de l'infection par le VIH, Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ)
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

La colonne *Nombre de spécimens testés (EIA)* représente le nombre total de spécimens analysés pour l'anti-VIH par les hôpitaux du Québec. La colonne *Nombre de spécimens confirmés positifs par le LSPQ* représente le nombre total d'échantillons anti-VIH soumis pour lesquels la présence d'anticorps VIH a été confirmée. Les données de la colonne *Nombre minimum de personnes séropositives après exclusion la plus complète possible des doublons* sont fondées sur le nombre minimal de personnes séropositives ayant subi un test au Québec, ayant un identificateur unique et après exclusion des enregistrements en double possibles. En réalité, le nombre de personnes ayant eu un test positif est plus élevé, mais certaines d'entre elles ne sont pas incluses car leurs codes non uniques ne permettent pas de repérer les doublons et, conséquemment, de faire un décompte exact. Enfin, ce nombre minimal de personnes séropositives ne tient pas compte des enfants âgés de moins de 2 ans.

Nombre de spécimens soumis pour mesure de la charge virale du VIH, et nombre correspondant de patients

Données du Programme québécois pour la mesure de la charge virale du VIH – LSPQ

	LSPQ		Réseau				
	avril 1997 à mars 1998	avril 1998 à septembre 1999	octobre 1998 à mars 1999	avril 1999 à mars 2000	avril 2000 à mars 2001	avril 2001 à mars 2002	avril 2002 à mars 2003
Spécimens	15 766	8 912	9 063	19 381	20 891	21 614	22 581
Patients	5 353	4 813	5 191	7 127	7 503	8 248	8 550
Patients	5 908		15 642				

Source : D. Murphy, *Programme québécois pour la mesure de la charge virale du VIH*, Laboratoire de santé publique. Institut national de santé publique, octobre 2003.

Le Programme québécois pour la mesure de la charge virale du VIH a été implanté au Québec en avril 1997 et était centralisé au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). En octobre 1998, les tests de mesure de la charge virale ont été implantés dans trois laboratoires désignés au Québec. Pour cette raison, la détermination du nombre de patients qui ont subi un test varie avant et après cette date, car les données transmises par les laboratoires du réseau sont anonymes et ne permettent pas de faire de liens avec la banque précédente ni d'éliminer complètement les doublons.

Estimation de la prévalence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées en 2002, comparée à 1999, par catégories d'exposition au Québec

	HARSAH	HARSAH et UDI	UDI	Contact hétérosexuel/ pays endémique	Facteur de coagulation/transfusion	Total
1999	9 780 (60%) (8 500 - 11 000)	750 (4,6%) (600 - 950)	3 860 (24%) (3 000 - 4 700)	1 770 (11%) (1 300 - 2 300)	120 (0,7%) (100 - 150)	16 280 (14 500 - 17 800)
2002	10 500 (58%) (8 000 - 13 000)	800 (4,4%) (500 - 1 100)	4 000 (22%) (3 000 - 5 000)	2 500 (14%) (1 500 - 3 500)	100 (0,5%) (50 - 150)	18 000 (14 000 - 22 000)

Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées en 2002, comparée à 1999, par catégories d'exposition au Québec

	HARSAH	HARSAH et UDI	UDI	Contact hétérosexuel/ pays endémique	Facteur de coagulation/transfusion	Total
1999	300 - 500	50 - 150	450 - 800	150 - 350	< 10	1 000 - 1 800
2002	250 - 450	50 - 150	350 - 650	150 - 350	< 10	800 - 1 500

Source : Archibald C. Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Direction générale de santé de la population et de la santé publique. Santé Canada, octobre 2003. Données non publiées.

Les estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection par le VIH produites pour l'année 2002 pour la province de Québec par Santé Canada présentent, en plus des estimations ponctuelles, les étendues d'incertitude associées afin de mieux refléter l'imprécision de ces données.

À la fin de 2002, environ 18 000 personnes [14 000 – 22 000] vivaient avec le VIH, ce qui constitue une augmentation de près de 11 % par rapport aux estimations à la fin de 1999. Ce nombre de 18 000 comprend les personnes ayant développé le sida.

La répartition selon les catégories d'exposition montre que les cas d'infections prévalentes se composaient, en 2002, de 58 % d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), de 22 % d'usagers de drogues par injection (UDI), de 14 % de personnes hétérosexuelles, d'un peu plus de 4 % de HARSAH qui étaient aussi UDI et de moins de 1 % de cas attribuables à d'autres catégories d'exposition.

Selon les mêmes estimations, l'incidence (le nombre de nouvelles infections) en 2002 aurait peu varié par rapport à 1999. Le Québec aurait enregistré entre 800 et 1 500 nouvelles infections en 2002, comparativement à l'estimation entre 1 000 et 1 800 en 1999.

En ce qui concerne les catégories d'exposition, les cas de nouvelles infections se composeraient, en 2002, de 43 % d'UDI, de 29 % de HARSAH, de 21 % de personnes hétérosexuelles et de 8 % de HARSAH-UDI. Ces proportions sont comparables à celles obtenues à partir des estimations produites à la fin de 1999.

Nombre de femmes infectées par le VIH selon l'étape de la grossesse au moment du dépistage et la date du dépistage

Moment du dépistage du VIH	Juillet à décembre 1997 (6 mois)	Janvier à décembre 1998 (12 mois)	Janvier à décembre 1999 (12 mois)	Janvier à décembre 2000 (12 mois)	Janvier à décembre 2001 (12 mois)	Janvier à décembre 2002 (12 mois)	Janvier à juillet 2003 (6 mois)	Total (72 mois)
Précédent la grossesse *	9	23	31	26	40	33	8	170
Durant la grossesse	12	17	19	26	28	20	39	161
Après la grossesse **	0	7	6	5	2	5	0	25
Information manquante	0	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL	21	47	56	57	70	58	48	357

* Ces femmes connaissaient leur statut VIH avant la présente grossesse et ont décidé de devenir enceinte ou de consulter pour planifier une grossesse.

** Le VIH n'a pas été dépisté durant la grossesse; ces femmes n'ont pas eu accès au traitement préventif.

Source : N. Lapointe et J. Samson, *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse*. Centre maternel et infantile sur le sida, Hôpital Sainte-Justine, août 2003.

Depuis l'entrée en vigueur du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, un total de 357 femmes enceintes réparties sur l'ensemble du territoire québécois ont été suivies à l'hôpital Sainte-Justine ou de façon conjointe.

Une proportion de 47,6% des femmes connaissaient leur condition avant la grossesse, et plus de 45% ont été dépistées pendant la grossesse. Ces femmes ont eu accès à des traitements visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Toutefois, 7% des femmes (soit 25) n'ont pas eu accès aux traitements préventifs car elles ont été dépistées après la grossesse.

Nombre de femmes infectées par le VIH selon la catégorie d'exposition et la date du dépistage

Catégorie d'exposition	Juillet à décembre 1997 (6 mois)	Janvier à décembre 1998 (12 mois)	Janvier à décembre 1999 (12 mois)	Janvier à décembre 2000 (12 mois)	Janvier à décembre 2001 (12 mois)	Janvier à décembre 2002 (12 mois)	Janvier à juillet 2003 (6 mois)	Total (72 mois)
UDI	6	6	7	9	5	7	2	42
Originaire d'un pays endémique	10	28	33	31	46	33	31	213
Contact sexuel	5	7	13	14	15	17	14	85
Sans facteur de risque connu ***	0	6	1	3	4	0	0	14
Produits sanguins hors Canada	0	0	2	0	0	1	0	3
Information manquante	0	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL	21	47	56	57	70	58	48	357

*** Ces femmes n'avaient identifié aucun facteur de risque pour elle-même. Elles ont vraisemblablement été infectées par contact sexuel.

Source : N. Lapointe et J. Samson, *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse*.
Centre maternel et infantile sur le sida, Hôpital Sainte-Justine, août 2003.

Près de 60 % des femmes enceintes réparties sur l'ensemble du territoire québécois qui ont été suivies à l'hôpital Sainte-Justine ou de façon conjointe sont originaires d'un pays où l'infection est endémique. Le facteur de risque est le contact sexuel pour 24 % des femmes ayant été suivies, tandis que 12 % des femmes auraient été infectées par le VIH en utilisant des drogues par injection.

Données du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, au 26 septembre 2003

	Année du prélèvement		
	2002	2003	Total
Sexe masculin	498 (77%)	79 (82%)	577 (77%)
Sexe féminin	151 (23%)	17 (18%)	168 (23%)
Total	649	96	745

Source : *Rapport de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine au Québec.*
Cas cumulatifs avril 2002 – septembre 2003. Programme de surveillance du VIH/sida au Québec.
Direction générale de la santé publique. MSSS, novembre 2003.

Le Programme de surveillance de l'infection par le VIH est entré en fonction le 18 avril 2002. Depuis cette date, tous les tests positifs de dépistage de l'infection par le VIH *font obligatoirement l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques* auprès du médecin ayant demandé le test, qu'il s'agisse d'un nouveau diagnostic ou de la confirmation d'un diagnostic antérieur.

Cependant, en raison de modalités particulières mises en place afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des données, certains spécimens ne peuvent faire l'objet de cette collecte de renseignements.

Au 26 septembre 2003, un total de 745 spécimens, représentant autant de personnes différentes ayant eu un test anti-VIH qui s'est avéré positif, ont fait l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques auprès du médecin ayant prescrit le test. La majorité des tests confirmés positifs (près de 80 %) ont été effectués chez des hommes. Plus de 350 de ces spécimens avaient été effectués pour confirmer un diagnostic déjà connu d'infection par le VIH.

Les proportions les plus élevées de tests confirmés positifs se trouvent chez les hommes âgés de 30 à 49 ans ; pour les femmes, les proportions les plus élevées se répartissent chez celles âgées de 25 à 44 ans.

Près de 47 % des tests confirmés positifs ont été effectués chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ; ce chiffre inclut les HARSAH-UDI. Quant aux autres tests confirmés positifs au cours de la période, 23 % ont été effectués chez des personnes présentant comme facteur de risque l'usage de drogues par injection, 15 % chez des personnes originaires d'un pays endémique, alors que les personnes hétérosexuelles représentaient un peu plus de 11 % des cas.

Conclusion

Les données sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) montrent une augmentation de plusieurs d'entre elles, particulièrement chez les jeunes. De plus, la hausse des cas de syphilis en phase infectieuse constatée depuis quelques années est particulièrement préoccupante. Ce phénomène pourrait être attribuable à des pratiques sexuelles moins sécuritaires.

Les données de surveillance des ITSS ne présentent qu'une partie de la situation, notamment en raison de la sous-déclaration de ces infections. Cette sous-déclaration des ITSS est en partie due au fait que pour déclarer un cas, un résultat positif de test de laboratoire est requis. La plupart des infections sont le plus souvent asymptomatiques et plusieurs personnes à risque ne bénéficient pas d'un dépistage : soit que leur risque n'est pas repéré, soit qu'elles n'ont pas, ou qu'elles ont peu de contacts avec le réseau de la santé, soit qu'un test de détection ne peut être effectué.

Depuis avril 1992, le Québec s'est doté d'un Programme de gratuité pour le traitement des ITS, qui s'applique aux infections pour lesquelles il existe un traitement susceptible d'interrompre la chaîne de transmission (la chlamydie et l'infection gonococcique, notamment). Le nombre de personnes bénéficiant de ce programme est deux fois plus élevé que le nombre de déclaration d'ITS qui peuvent être traitées par antibiotiques, ce qui conforte l'hypothèse de la sous-déclaration des cas.

À la lumière du présent portrait, force est de constater qu'en dépit d'une baisse du nombre de cas de sida déclarés au Québec, attribuable principalement à l'effet des thérapies hautement efficaces introduites au milieu des années 90, l'infection par le VIH demeure un problème important. Les cas de nouvelles infections se chiffraient en effet entre 800 et 1 500 pour l'année 2002. Le groupe le plus touché est celui des utilisateurs de drogues par injection, dans lequel se retrouveraient 43 % des personnes nouvellement infectées, suivi de celui des HARSAH, avec 29 % des personnes infectées. Toutefois, globalement se sont les HARSAH qui demeurent le groupe le plus touché avec près de 60 % des personnes vivant avec le VIH. Tous ces constats plaident en faveur du maintien des activités de prévention et de promotion au regard des ITSS, de l'infection par le VIH et du sida. De plus, diverses interventions devront être intensifiées en ce qui concerne l'accessibilité au dépistage et au traitement des ITSS bactériennes et la prévention de la transmission secondaire aux partenaires. Ces éléments sont d'ailleurs inclus, pour une bonne part, dans la nouvelle stratégie québécoise de lutte contre le VIH, le sida et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) 2003-2009.

Sources des données

Archibald, C., Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Direction générale de santé de la population et de la santé publique. Santé Canada. Octobre 2003. Données non publiées.

Institut de la statistique du Québec. Communication personnelle, Louis Duchesne, octobre 2003.

Lapointe, N., et Samson, J., *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse*. Centre maternel et infantile sur le sida, Hôpital Ste-Justine. Août 2003.

Murphy, D., *Programme québécois pour la mesure de la charge virale du VIH*, Laboratoire de santé publique. Institut national de santé publique. Octobre 2003.

Programme de diagnostic de l'infection par le VIH, Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

PROGRAMME DE SURVEILLANCE DU SIDA DU QUÉBEC, *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida) : Cas cumulatifs 1979-2003 – Mise à jour n° 2003-1 au 30 juin 2003*, Province de Québec, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2003.

Rapport de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine au Québec. Cas cumulatifs avril 2002 – Septembre 2003. Programme de surveillance du VIH/sida au Québec. Direction générale de la santé publique. MSSS. Novembre 2003.

SANTÉ CANADA, *Le VIH et le sida au Canada, rapport de surveillance en date du 31 décembre 2002*. Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, avril 2003.

Titres déjà parus dans la collection

Analyses et surveillance

1. *Surveillance du cancer au Québec : Nouveaux cas déclarés au fichier des tumeurs et mortalité : Année 1993* (édité en 1996).
2. *Surveillance de la mortalité au Québec : Année 1994* (édité en 1997).
3. *L'accessibilité au condom en milieu scolaire québécois – Enquête auprès des CLSC et des directions d'écoles secondaires* (édité en 1997).
4. *Indicateurs sociosanitaires : Le Québec et ses régions* (édité en 1997).
5. *Surveillance de la mortalité au Québec : Année 1995* (édité en 1997).
6. *La mortalité au Québec – Disparités et évolution de 1975-1977 à 1993-1995* (édité en 1998).
7. *Évaluation de l'application du programme public de services dentaires préventifs* (édité en 1998).
8. *Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans* (édité en 1998).
9. *Profil des traumatismes au Québec : De 1991 à 1995* (édité en 1998).
10. *Surveillance de la mortalité au Québec : Année 1996* (édité en 1998).
11. *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans* (édité en 1999).
12. *Éducation à la sexualité et à la prévention des MTS/SIDA dans les centres de réadaptation des centres jeunesse du Québec – Enquête nationale auprès des centres jeunesse et des directions régionales de la santé publique* (édité en 1999).
13. *Surveillance de la mortalité au Québec : 1976-1997* (édité en 2000).
14. *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998* (édité en 2001).
15. *Projections d'incidence de cancer et de mortalité par cancer au Québec pour l'année 2001* (édité en 2001).
16. *Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire au Québec, de 1990 à 1999* (édité en 2001).
17. *Analyse des cas d'infection génitale à Chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile : 1995-1999* (édité en 2001).
18. *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 et de 7-8 ans* (édité en 2001).
19. *Évaluation du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement, de 1995 à 1999* (édité en 2001).
20. *Portrait de l'infection par le VIH et du sida au Québec, décembre 2001* (édité en 2001).
21. *Surveillance du cancer au Québec : nouveaux cas déclarés au fichier des tumeurs et mortalité par cancer de 1992 à 1998* (édité en 2002).
22. *Analyse des cas d'infection génitale à Chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile : 1996-2000* (édité en 2002).
23. *Évaluation du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement, de 1996 à 2000* (édité en 2002).
24. *Portrait de l'infection par le VIH et du sida au Québec, décembre 2002* (édité en 2002).
24. *Épidémiologie de la tuberculose au Québec de 1996 à 1999* (édité en 2002).
25. *Analyse des cas d'infection génitale à Chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile : 1997-2001* (édité en 2003).
26. *Évaluation du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement, de 1997 à 2001* (édité en 2003).

