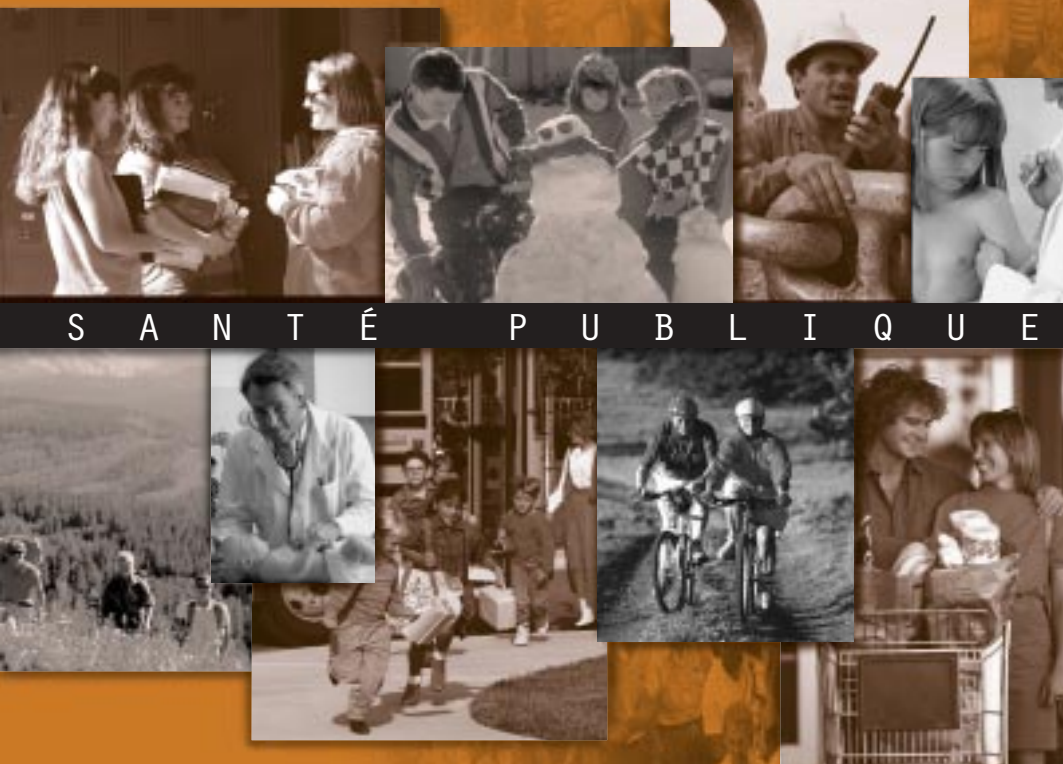


PORTRAIT
DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT
ET PAR LE SANG (ITSS), DE L'HÉPATITE C,
DE L'INFECTION PAR LE VIH ET DU SIDA
AU QUÉBEC

DÉCEMBRE 2004



S A N T É P U B L I Q U E

COLLECTION

*analyses et
surveillance*

29

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 2004

**Santé
et Services sociaux**

Québec



Réalisation :

Robert Allard, M. D.	Médecin conseil Bureau de surveillance et de vigie sanitaire Ministère de la Santé et des Services sociaux Coordonnateur médical du PSSQ (intérim)
Bruno Turmel, M. D.	Médecin conseil Bureau de surveillance et de vigie sanitaire Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylvie Venne, M. D.	Médecin conseil Bureau de surveillance et de vigie sanitaire Responsable de la surveillance des ITSS Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylfreed Minzunza, B. Sc. A	Analyste en programmation Bureau de surveillance et de vigie sanitaire Ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie-Jeanne Lortie	Technicienne en informatique Bureau de surveillance et de vigie sanitaire Ministère de la Santé et des Services sociaux

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, 2004

Bibliothèque nationale du Canada, 2004

ISBN 2-550-43576-1

© 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 chlamydie génitale selon le sexe au Québec, 1991-2003	11
Taux d'incidence de la chlamydie génitale chez les femmes de 15 à 24 ans au Québec, 1991-2003	12
Taux d'incidence de l'infection gonococcique selon le sexe et le groupe d'âge au Québec, années 2002 et 2003, cas déclarés chez les personnes âgées entre 15 et 49 ans (95 % des cas déclarés)	13
Taux d'incidence de l'infection gonococcique au Québec, 1985-2003	14
Nombre de cas de syphilis infectieuse déclarés au Québec, selon le sexe, 1985-2004*	16
Taux d'incidence de l'hépatite B aiguë selon le sexe au Québec, 1990-2003	17
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, années 1992, 2002 et 2003	18
Nombre de cas déclarés d'hépatite C selon le groupe d'âge et le sexe au Québec, 2003	19

État de la situation du sida	21
---	----

FIGURES :

Proportion des cas de sida déclarés au 30 juin 2004 par catégorie d'exposition et par période de diagnostic, cas masculins au Québec	23
Proportion des cas de sida déclarés au 30 juin 2004 par catégorie d'exposition et par période de diagnostic, cas féminins au Québec	24
Taux d'incidence cumulative du sida par 100 000 personnes au 31 décembre 2003, par province au Canada	25
Taux annuel de mortalité associée au sida par 100 000 personnes, par année de décès, de 1988 à 2003 au Québec, Montréal-Centre et hors Montréal-Centre	26

État de la situation de l'infection par le VIH	27
Tests de sérologie VIH - Données du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ)	29
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 – Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ)	30
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	31
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	31
Nombre de femmes infectées par le VIH selon l'étape de la grossesse au moment du dépistage et la date du dépistage	33
Nombre de femmes infectées par le VIH selon la catégorie d'exposition et la date du dépistage	34
Données du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, au 30 juin 2004	35
Conclusion	36
Sources des données	37

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.

Ce portrait s'inscrit dans le cadre de la Stratégie québécoise de lutte contre le l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement – Orientations 2003-2009, premier document complémentaire du Programme national de santé publique 2003-2012 et vise à mieux refléter l'intégration des ITSS au sein de cette 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 2004, 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.

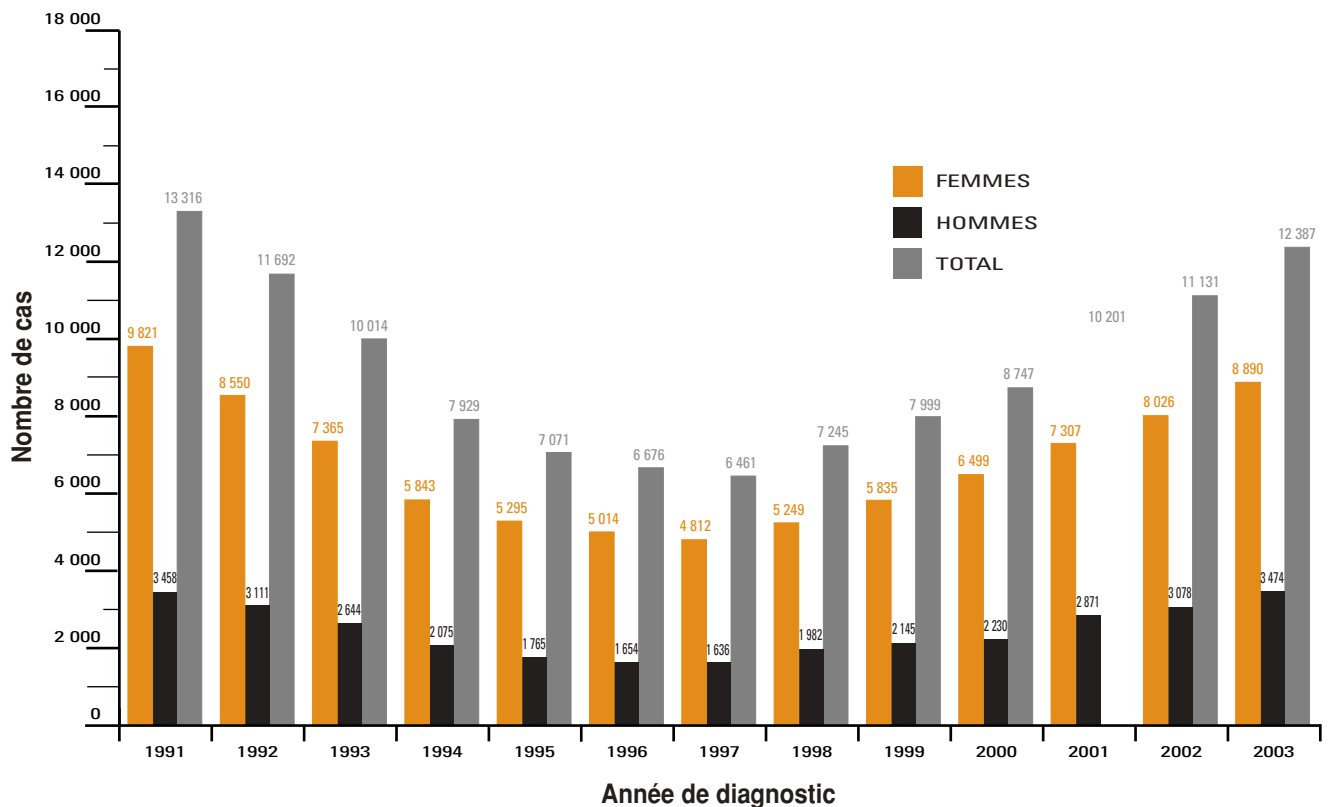
ÉTAT DE LA SITUATION DES ITSS



INFECTION GÉNITALE À CHLAMYDIA TRACHOMATIS OU CHLAMYDIOSE GÉNITALE

La chlamydiose génitale est la plus fréquente des infections transmissibles sexuellement (ITS) à déclaration obligatoire, avec 12 387 cas déclarés au Québec pour l'année 2003, une augmentation de 12 % par rapport à l'année 2002. La majorité des cas déclarés (72 %) sont des femmes. Près de 70 % des cas déclarés, soit 8 477 cas, se rapportent à 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 71 % entre 1998 et 2003. 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.

Nombre de cas déclarés de chlamydiose génitale selon le sexe au Québec, 1991-2003

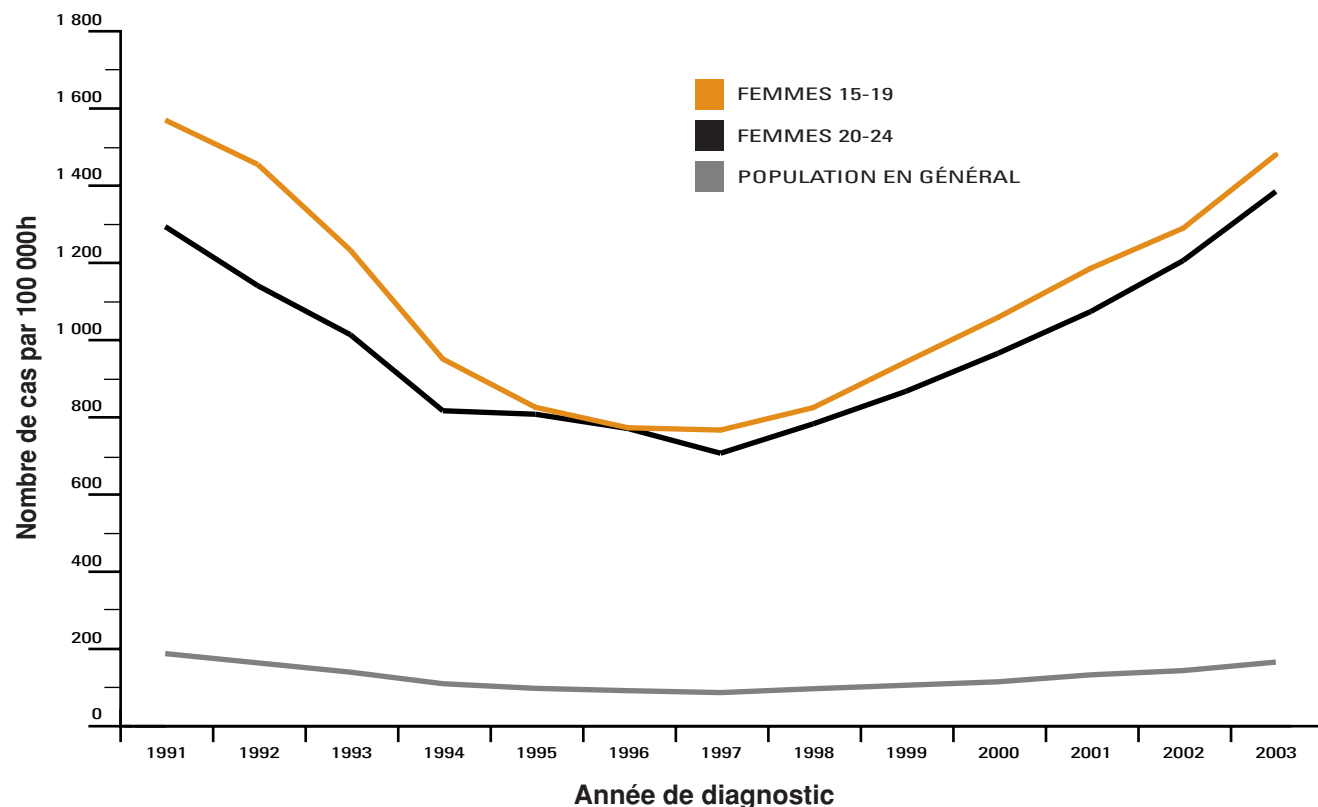


La chlamydiose génitale touche toutes les régions du Québec. La majorité des régions ont des taux d'incidence (nombre de cas par 100 000 h) comparables à ceux de l'ensemble du Québec, soit 166,1 cas par 100 000 h en 2003, sauf les régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik qui ont des taux beaucoup plus élevés, respectivement de sept fois et de plus de dix-sept fois le taux d'incidence du Québec.

L'amélioration des techniques de détection de la chlamydiose n'explique pas à elle seule l'augmentation de l'incidence de cette infection. L'augmentation est sans doute reliée aussi à des comportements sexuels à risque, d'autant que d'autres ITS sont également en hausse.

Le nombre élevé de chlamydiose génitale, et surtout l'augmentation de l'incidence de cette infection au cours des dernières années, demeurent préoccupant, et tout particulièrement en ce qui concerne les jeunes femmes. En effet, chez la femme, une infection génitale à *Chlamydia trachomatis* non traitée peut mener à une maladie inflammatoire pelvienne chronique, qui à son tour augmente considérablement le risque de grossesse ectopique et d'infertilité. De plus, une femme enceinte infectée et non traitée peut transmettre l'infection au nouveau-né. Ainsi, en 2003, onze cas d'infection oculaire ou pulmonaire à *Chlamydia trachomatis* ont été rapportés chez des enfants de moins de 1 an, cas qui pourraient éventuellement être reliés à une transmission d'une mère infectée à son enfant.

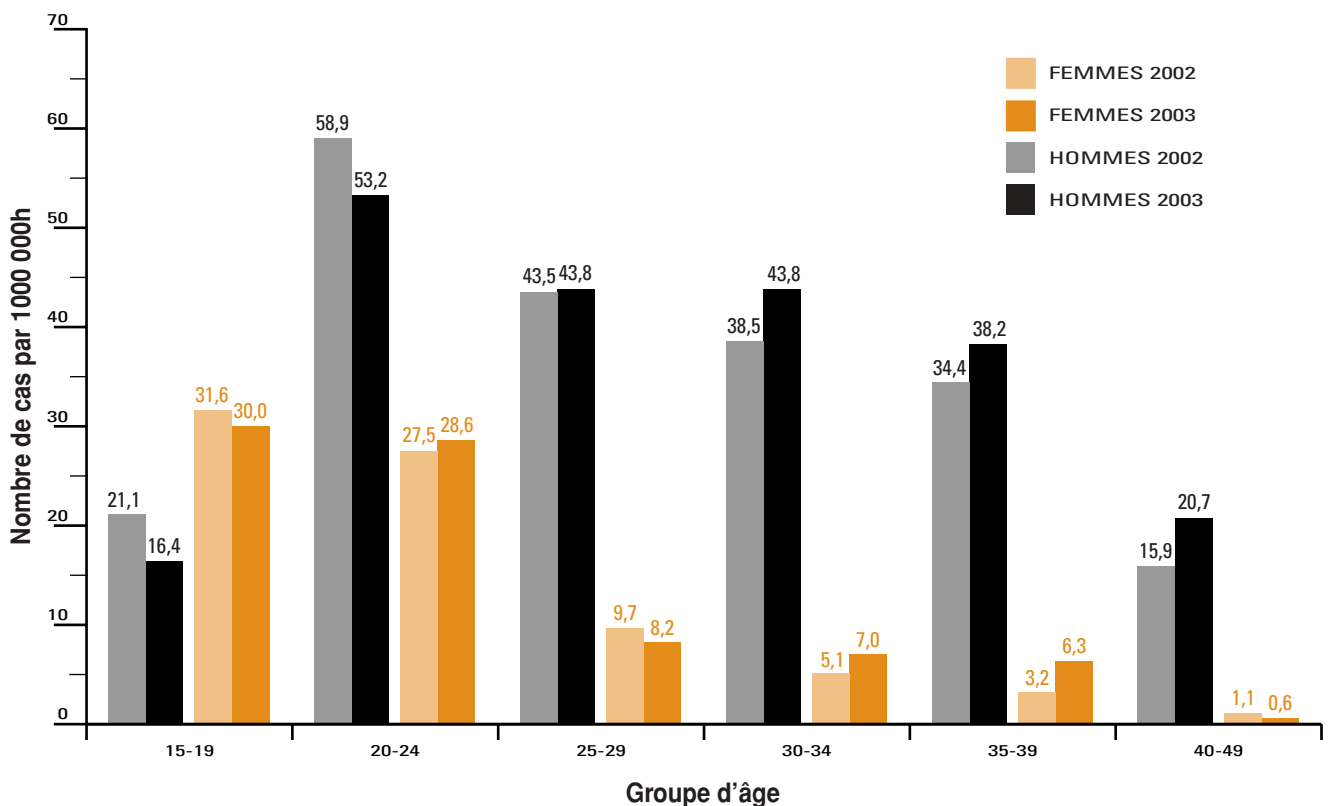
Taux d'incidence de la chlamydiose génitale chez les femmes de 15 à 24 ans au Québec, 1991-2003



INFECTION GONOCOCCIQUE

Si le taux d'incidence des infections gonococciques a diminué d'année en année depuis le début des années 80 jusqu'à la fin des années 90, ce n'est plus le cas maintenant. Ainsi le nombre de cas déclarés est passé de 495 en 1998 à 889 en 2003 et le taux d'incidence a augmenté de plus de 82 %, pour passer de 6,6 à 11,9 entre 1998 et 2003. Toutefois, entre 2002 et 2003, le taux est demeuré relativement stable (de 11,4 à 11,9).

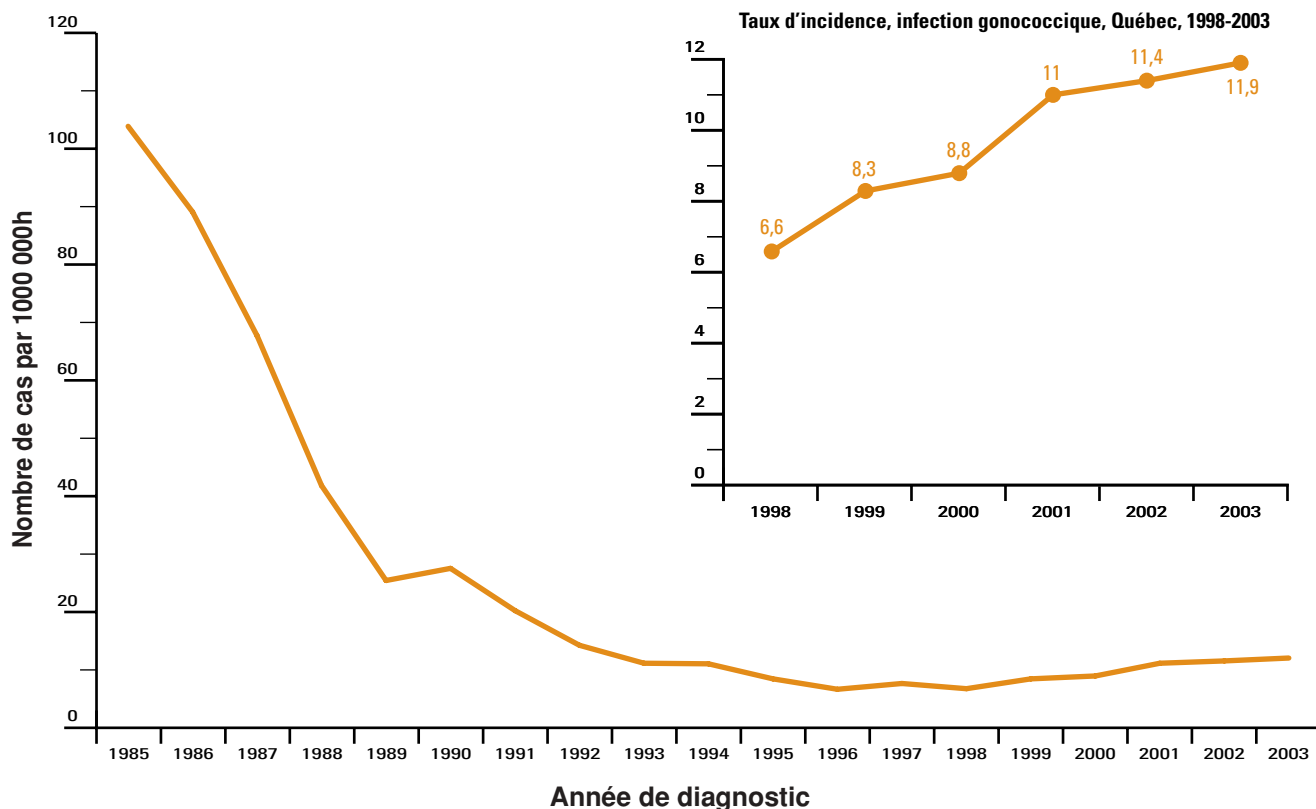
Taux d'incidence de l'infection gonococcique selon le sexe et le groupe d'âge au Québec, années 2002 et 2003, cas déclarés chez les personnes âgées entre 15 et 49 ans (95 % des cas déclarés)



La situation épidémiologique de cette infection diffère considérablement de celle de la chlamydie génitale : le nombre de cas est moins élevé, les hommes sont les plus touchés (76 % des cas en 2003), et si 35 % des cas se rapportent aux jeunes de 15 à 24 ans, 43 % des cas sont des adultes de 25 à 40 ans.

Le taux d'incidence le plus élevé se trouve chez les jeunes adultes masculins de 20 à 24 ans, qui affichent un taux presque cinq fois supérieur à celui de la population en général (53 par rapport à 12). 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 le taux chez les filles est plus élevé. Entre 2002 et 2003, les taux ont généralement diminué, sauf chez les adultes de 30 ans ou plus.

Taux d'incidence de l'infection gonococcique au Québec, 1985-2003



Par ailleurs, les cas sont inégalement répartis dans les différentes régions du Québec : 57 % des cas déclarés viennent de la région de Montréal, et 14 % des cas 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 du même âge de l'ensemble de la province. La région du Nunavik affichait pour sa part un nombre relativement important d'infections gonococciques en 2003 : 44 cas, pour un taux d'incidence de 432,7 par 100 000 h, soit 36 fois le taux de l'ensemble du Québec. Outre le taux d'incidence très élevé, cette région a ceci de particulier que la majorité des cas d'infection gonococcique sont des femmes (70 %) et que la majorité des cas sont plus jeunes, 61 % des infections étant déclarées dans le groupe des 15-24 ans.

La vigie sanitaire qui s'exerce dans le contexte des déclarations de cas de gonorrhée a permis de mettre en évidence certaines caractéristiques des personnes touchées. Parmi les cas masculins déclarés en 2001 et 2002 pour lesquels l'information est disponible, plus de 60 % sont des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), ce qui est une nette surreprésentation de cette clientèle compte tenu de sa proportion dans la population (probablement entre 5 et 10 %). Ce pourcentage est cohérent avec les données épidémiologiques actuelles d'un peu partout dans le monde quant à l'augmentation de l'incidence de l'infection gonococcique chez les HARSAH.

Enfin, la propension du gonocoque à développer une résistance aux antibiotiques est un facteur qui ajoute une autre dimension au contrôle de l'infection. Une émergence de la résistance du gonocoque à la ciprofloxacine, un antibiotique de la classe des quinolones, a été constatée dans plusieurs pays, dont le Canada. Au Québec, les données du Laboratoire de santé publique du Québec montrent une nette progression de cette résistance, ce qui peut limiter l'utilité de cette classe d'antibiotiques pour le traitement de l'infection gonococcique¹.

1. L. Jette, et R. Dion, « *Neisseria gonorrhoeae* résistant à la ciprofloxacine », Institut national de santé publique du Québec, STATLABO, *Bulletin d'analyses du Laboratoire de santé publique du Québec*, vol. 3, n° 10, octobre 2004.

LA SYPHILIS

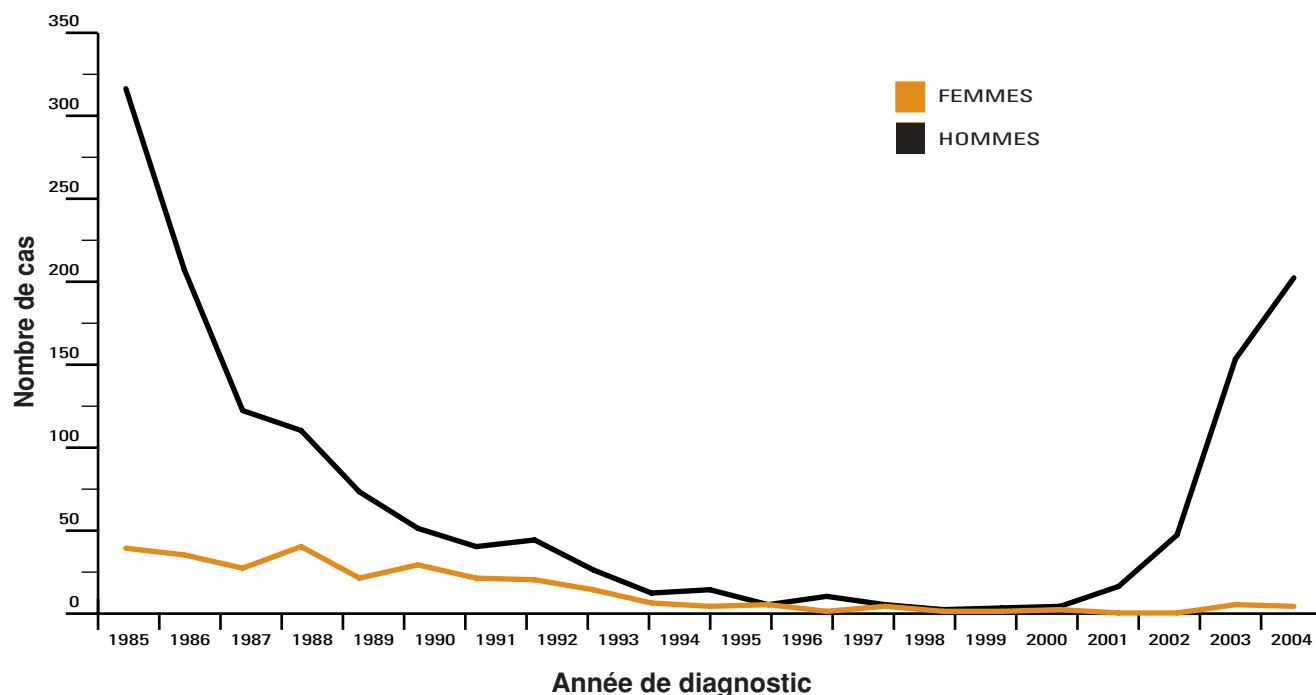
Au Québec, le taux d'incidence des syphilis infectieuses (syphilis primaire, secondaire et latente précoce) a diminué d'année en année pour atteindre un taux de moins de 0,1 cas par 100 000 h de 1998 à 2000. Depuis la fin de l'année 2000, une résurgence de la syphilis est constatée et le taux d'incidence augmente : il se situait à 0,2 en 2001, à 0,6 en 2002, à 2,1 en 2003, et sera probablement de plus de 2,6 en 2004. Le nombre annuel de déclaration de cas de syphilis infectieuse est ainsi passé de 242 cas en 1985 à moins de 15 par année à compter de 1995, pour atteindre un plancher de 3 cas en 1998². Toutefois, à compter de la fin de l'année 2000, une hausse du nombre de cas déclarés a été constatée dans la région de Montréal. Seize et 47 cas ont été déclarés, tous chez des hommes, en 2001 et 2002 respectivement. En 2003, 158 cas ont été déclarés au Québec, dont 5 femmes. Si l'éclosion de syphilis qui a débuté à la fin de l'année 2000 touchait alors essentiellement la région de Montréal, force est de constater qu'elle s'étend maintenant à l'ensemble du Québec. En 2003, 75 % des cas viennent de Montréal, mais neuf autres régions ont été touchées, avec des déclarations de un à quatorze cas de syphilis infectieuse.

La tendance se poursuit en 2004 : en date du 28 octobre³, 171 cas de syphilis infectieuse (167 hommes, 3 femmes, et 1 de sexe inconnu) avaient déjà été déclarés; seulement 57 % venaient de la région de Montréal. L'éclosion touche aussi tout particulièrement la région de Québec qui enregistre 32 cas, soit 19 % des cas, et 11 autres régions, qui enregistrent de 1 à 10 déclarations. Selon les informations disponibles, la majorité des cas sont des HARSAH, et une proportion significative de ces personnes seraient aussi infectées par le VIH. Cet élément qui suppose des comportements sexuels à risque de la part de personnes infectées par le VIH, et plus particulièrement des HARSAH fréquentant les saunas gais de Montréal et de Québec, peut aussi signifier un risque de propagation de l'infection au VIH parmi les HARSAH.

2. 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*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, collection « Analyses et surveillance », avril 2003.

3. M.J LORTIE, *Rapport hebdomadaire des données du fichier des Maladies à déclaration obligatoire*, Semaine CDC 04-42, 28 octobre 2004.

Nombre de cas de syphilis infectieuse déclarés au Québec, selon le sexe, 1985-2004*



* Le nombre de cas pour l'année 2004 est estimé à partir des cas déclarés en date du 28 octobre 2004

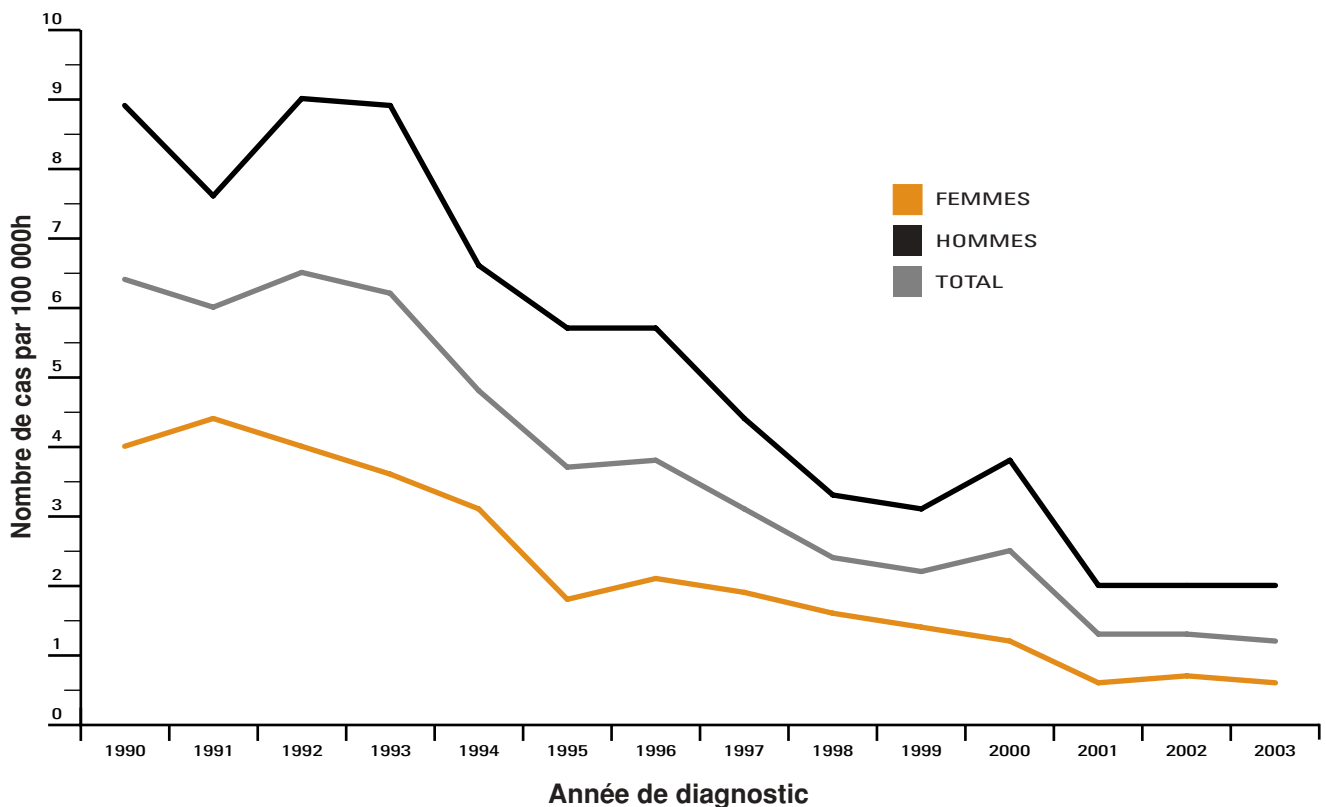
La résurgence de la syphilis est un phénomène également constaté ailleurs au Canada et dans le monde. Depuis 1997, une éclosion importante de syphilis touche Vancouver. Depuis 2000, des éclosions de syphilis sont aussi rapportées dans plusieurs autres villes canadiennes, comme Calgary, Edmonton, Ottawa, Winnipeg, ainsi qu'au Yukon. Aux États-unis, le nombre de cas de syphilis primaire et secondaire a augmenté de 2,1 % en 2001, soit la première augmentation depuis 1990, l'augmentation de l'incidence était de 15,7% chez les hommes alors qu'elle était en baisse de 17,7% chez les femmes⁴. Le phénomène de hausse des cas de syphilis infectieuse est aussi observée dans plusieurs grandes villes européennes. La majorité de ces éclosions touchaient particulièrement les HARSAH.

4. DIVISION OF STD PREVENTION, CDC, « Sexually transmitted disease surveillance 2001 », Supplément au *Syphilis Surveillance Report*, février 2003.

HÉPATITE B

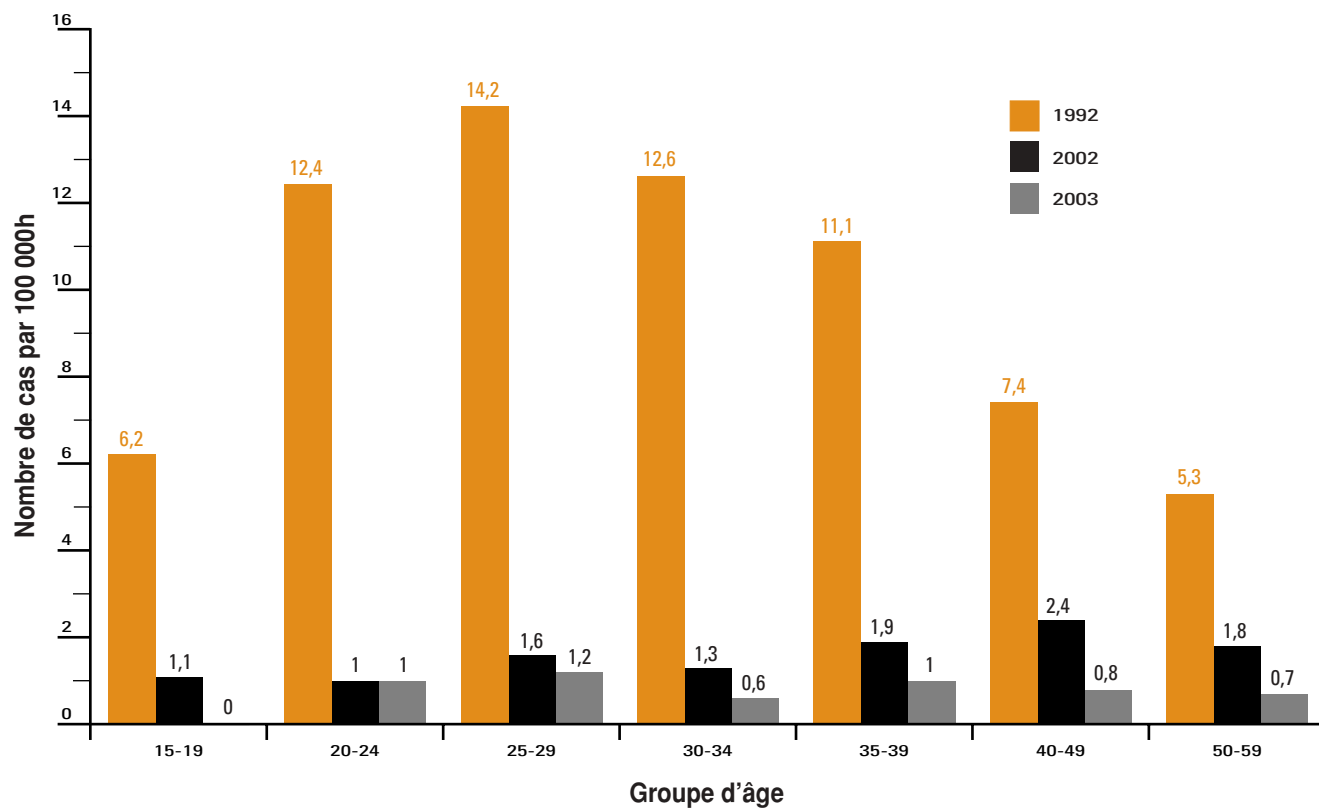
L'hépatite B aiguë est la seule ITSS dont l'incidence a diminué régulièrement, passant de 6,3 cas par 100 000 h en 1990 à 1,2 cas par 100 000 h en 2003, soit une diminution de 80 % constatée autant chez les hommes que chez les femmes. Le nombre de cas déclarés d'hépatite B aiguë est ainsi passé de 482 en 1990 à 93 en 2003. Toutefois, les taux semblent se stabiliser depuis 2001.

Taux d'incidence de l'hépatite B aiguë selon le sexe au Québec, 1990-2003



Au début des années 90, les personnes de 20 à 39 ans affichaient les taux d'incidence les plus élevés. Plus de dix ans après, les taux sont beaucoup plus faibles, et les différences entre les groupes d'âge s'estompent. Ces tendances se poursuivent en 2002 et 2003. Cette diminution de l'incidence de l'infection est manifestement attribuable à un effet bénéfique de la vaccination, qui a d'abord visé les groupes plus jeunes. En effet, depuis 1994, tous les enfants de la 4^e année du primaire peuvent se faire vacciner gratuitement à l'école contre l'hépatite B. De plus, en 1999-2000, la vaccination a aussi été offerte aux jeunes de quatrième et de cinquième secondaire dans le but de rejoindre une cohorte additionnelle.

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, années 1992, 2002 et 2003

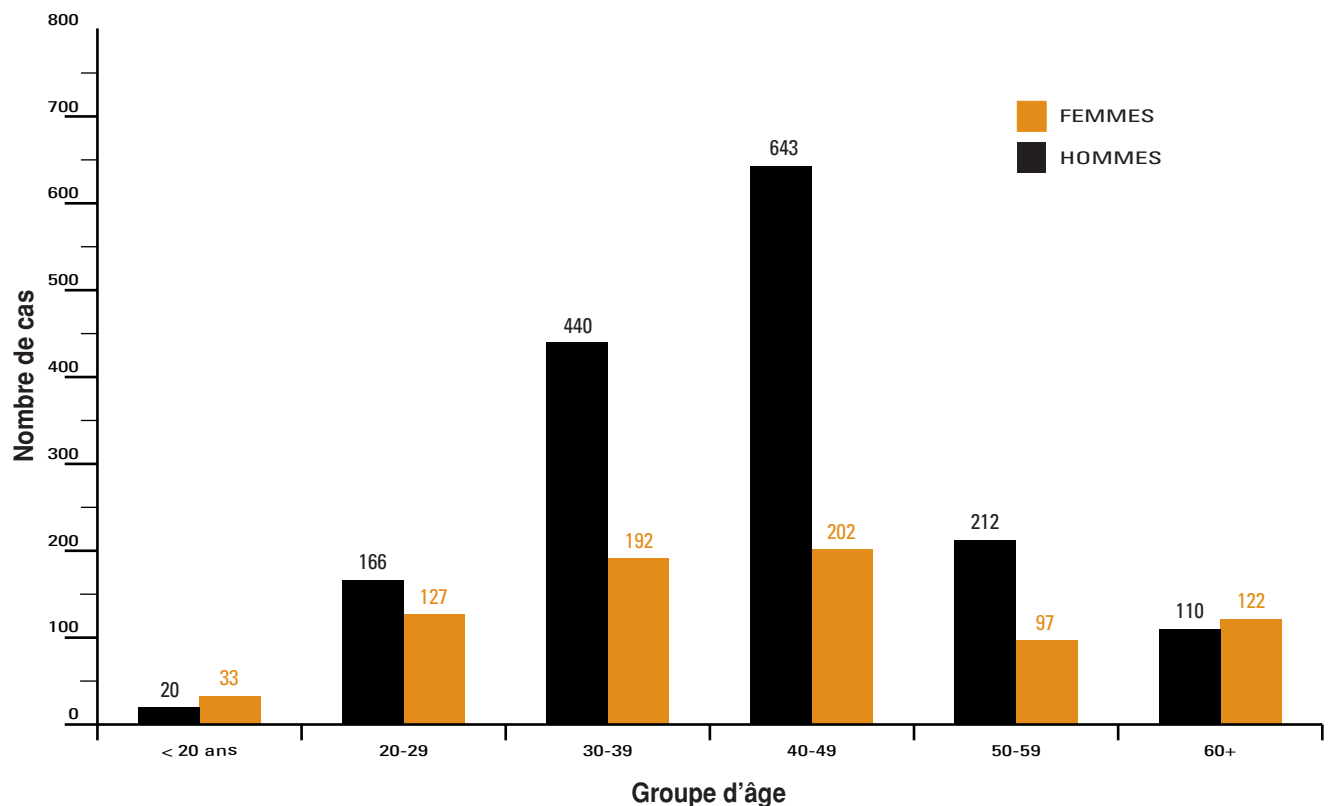


En plus des hépatites B aiguës, des cas d'hépatite B chronique sont aussi déclarés. Ce sont des personnes qui ont acquis leur infection dans le passé, chez qui la présence du virus continue d'être détectable, et qui peuvent donc transmettre l'infection. Ainsi, en 2003, 872 cas d'hépatite B chronique ont été déclarés au Québec, alors que 174 cas d'hépatite B dont le stade clinique n'est pas précisé ont aussi été déclarés.

HÉPATITE C

L'hépatite C est à déclaration obligatoire par les médecins depuis plusieurs années mais doit aussi être déclarée par les laboratoires depuis avril 2002. Dans ce contexte, il est difficile d'interpréter l'évolution du nombre de cas déclarés, qui reflète davantage les nouvelles modalités de déclaration que l'évolution de l'épidémiologie de l'infection. Pour l'année 2003, 2384 cas d'hépatite C ont été déclarés, soit une diminution de 12% par rapport à l'année précédente. Les cas déclarés en 2003 sont en majorité (67%) des hommes et se rapportent, dans une proportion de 62 %, aux personnes âgées de 30 à 49 ans. Des activités de vigie sanitaire, effectuées par les directions de santé publique et visant à préciser les principaux facteurs de risque des cas déclarés, permettront de mieux décrire la situation épidémiologique de l'hépatite C au Québec.

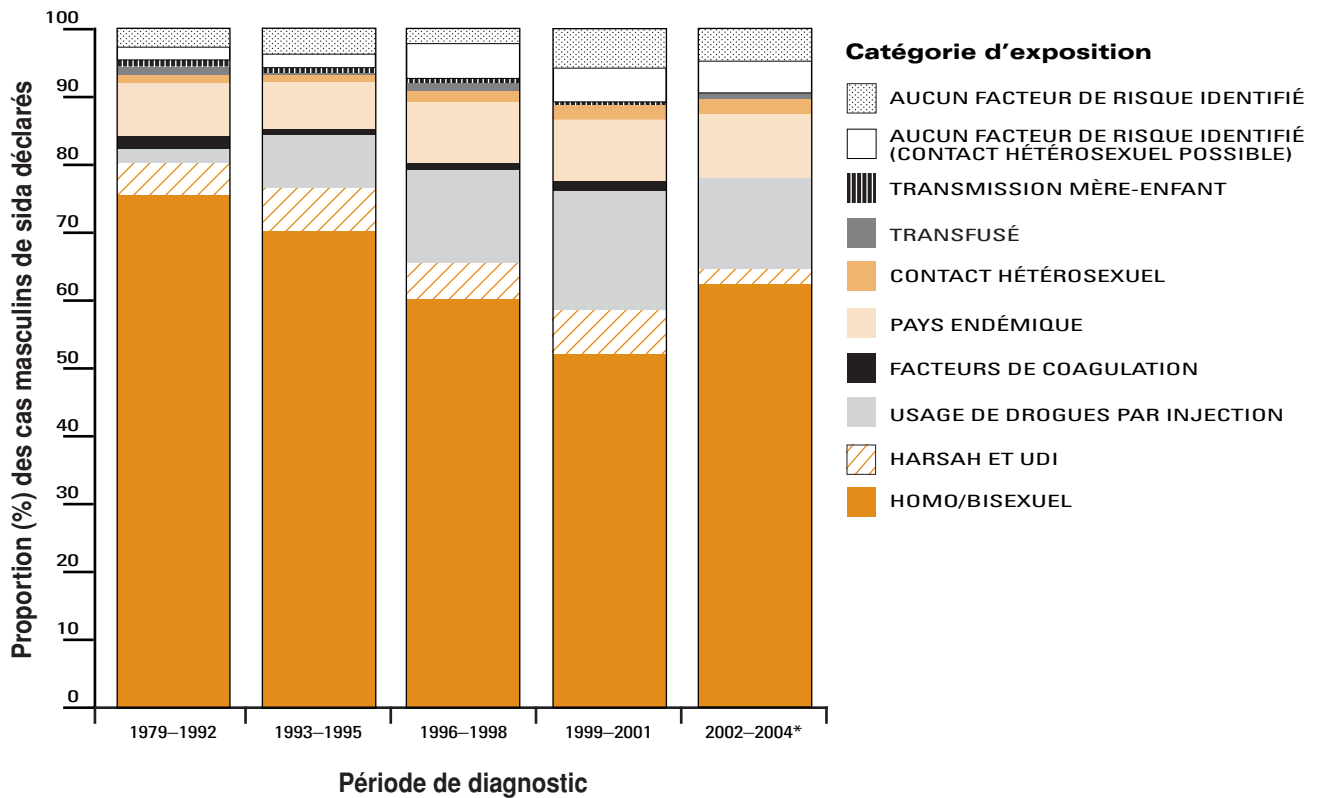
Nombre de cas déclarés d'hépatite C selon le groupe d'âge et le sexe au Québec, 2003



ÉTAT
DE LA SITUATION
DU SIDA



Proportion des cas de sida déclarés au 30 juin 2004 par catégorie d'exposition et par période de diagnostic, cas masculins au Québec



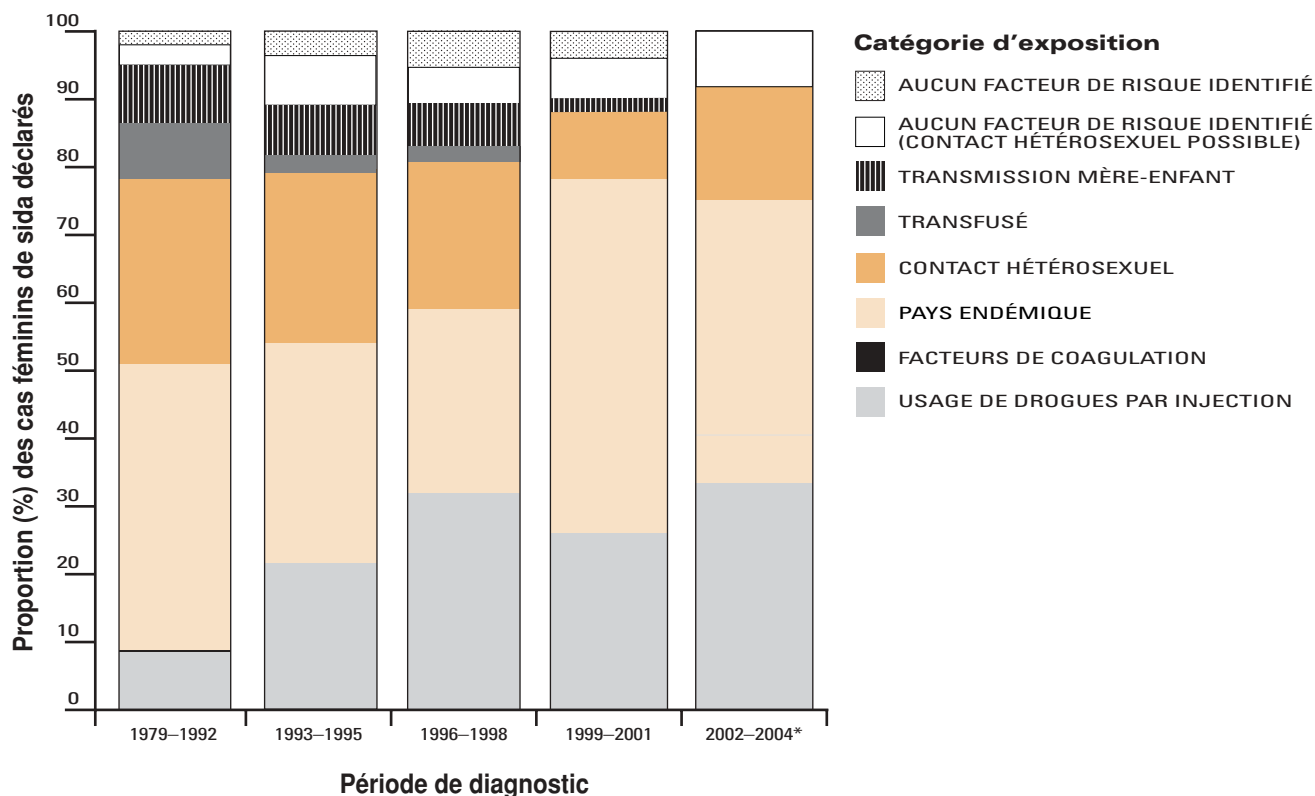
* Les six premiers mois de 2004.

Source : PROGRAMME DE SURVEILLANCE DU SIDA DU QUÉBEC, *Surveillance des cas d'immunodéficience acquise (sida) Cas cumulatifs 1979-2004 - Mise à jour no 2004-1 au 30 juin 2004, Province de Québec*
Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2004

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

Jusqu'à la fin de 1992, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), homosexuels et bisexuels, représentaient 75,5% de tous les cas masculins déclarés. Par la suite, cette proportion a baissé, pour atteindre 52,2% durant la période 1999-2001. Elle a cependant remonté à 62,5% au cours de la période allant de janvier 2002 à juin 2004. La proportion de cas déclarés chez les hommes utilisateurs de drogues par injection (UDI) y compris les HARSAH-UDI, a augmenté de 1979 à 2001, passant de 6,7% de tous les cas masculins à 24%, pour ensuite baisser à 15,6%. La proportion de cas chez les hommes originaires de pays endémiques a constamment augmenté, pour atteindre un sommet de 9,4% en 2002-2004. La proportion d'hommes infectés par contact hétérosexuel a augmenté à 2,2% autour de 1999 et semble se maintenir à ce niveau depuis. Enfin, la majorité des cas de sida attribués aux catégories « Transfusé » et « Facteurs de coagulation » diagnostiqués depuis 1985 ont contracté l'infection avant novembre 1985.

Proportion des cas de sida déclarés au 30 juin 2004 par catégorie d'exposition et par période de diagnostic, cas féminins au Québec



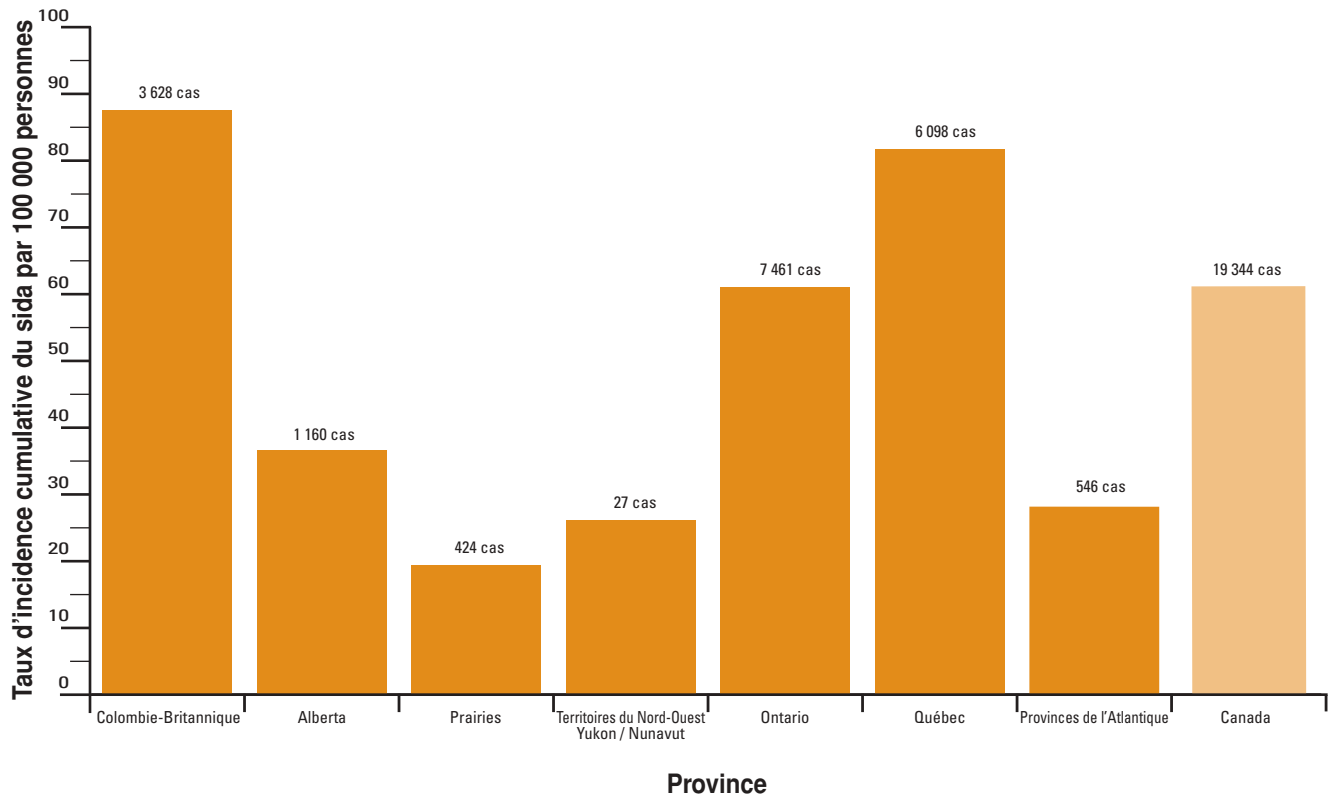
* Les six premiers mois de 2004.

Source : PROGRAMME DE SURVEILLANCE DU SIDA DU QUÉBEC, *Surveillance des cas d'immunodéficience acquise (sida) Cas cumulatifs 1979-2004 - Mise à jour no 2004-1 au 30 juin 2004, Province de Québec*
Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2004

Cette figure illustre la proportion des cas appartenant à chacune des catégories d'exposition parmi tous les cas féminins (y compris les enfants). L'importance d'une catégorie est donc liée à celle des autres catégories. Les proportions pour la période allant de janvier 2002 à juin 2004 doivent être interprétées avec prudence étant donné le petit nombre de cas féminins diagnostiqués durant cette période.

Les femmes originaires de pays endémiques ont toujours représenté la proportion la plus importante des cas féminins de sida, même si cette proportion a connu certaines variations entre les périodes étudiées. Par ailleurs, la proportion de cas déclarés chez les femmes UDI a augmenté constamment, passant de 8,5 % en 1979-1992 à 33,3 % en 2002-2004. La proportion de femmes infectées par contact hétérosexuel a diminué régulièrement entre 1979-1992 et 1999-2001, passant de 27,3 % à 10 %; elle a cependant augmenté à 16,7 % en 2002-2004. Enfin, la majorité des cas de sida attribués aux catégories « Transfusé » et « Facteurs de coagulation » diagnostiqués depuis 1985 ont contracté l'infection avant novembre 1985.

Taux d'incidence cumulative du sida par 100 000 personnes au 31 décembre 2003, par province au Canada

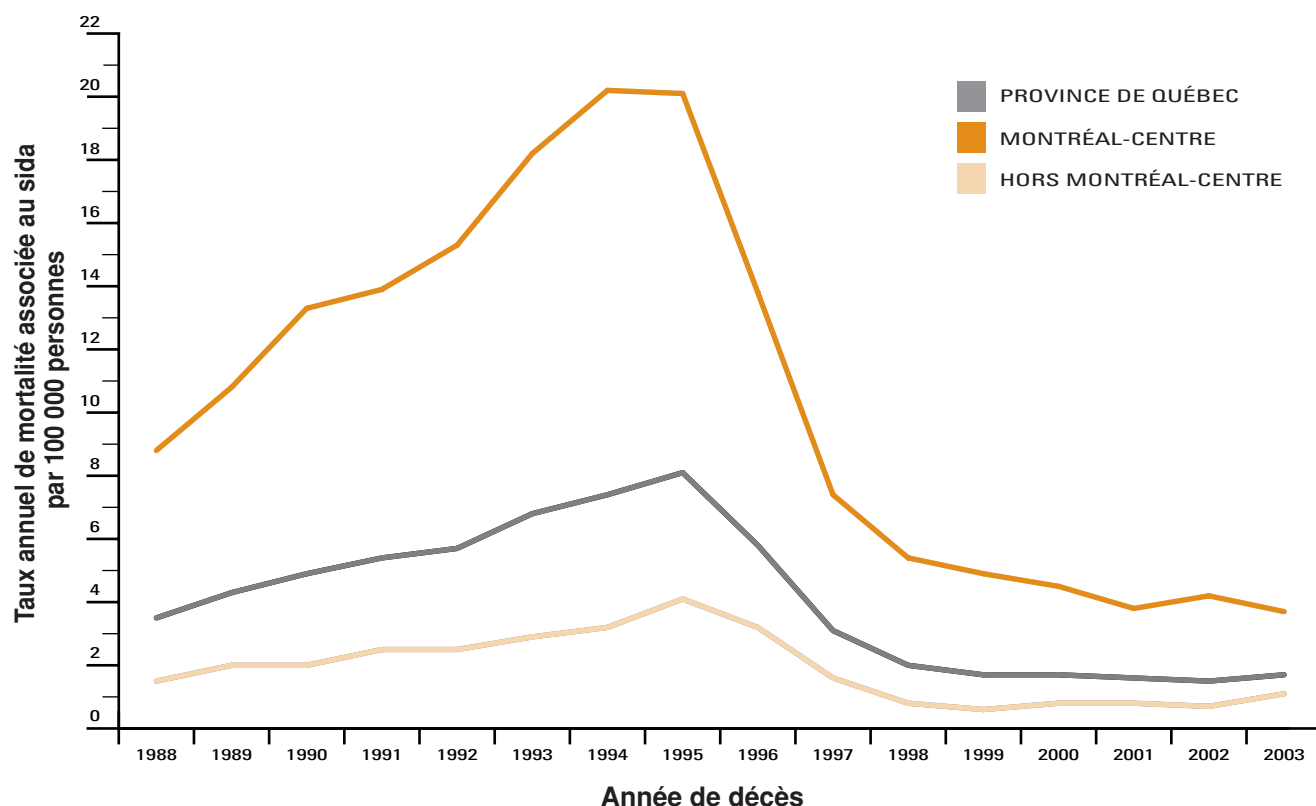


Source : SANTÉ CANADA, *Le VIH et le sida au Canada, rapport de surveillance en date du 31 décembre 2003*
Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, avril 2004

En ce qui a trait au taux d'incidence cumulative, le Québec est passé au deuxième rang des provinces canadiennes avec un taux de 81,3 par 100 000 personnes, précédé de la Colombie-Britannique qui affiche un taux de 87,2, et suivi de l'Ontario avec un taux de 60,8. En nombre de cas, le Québec continue d'occuper le deuxième rang, avec un total de 6 098 cas. L'Ontario et la Colombie-Britannique enregistrent respectivement 7 461 et 3 628 cas. Ces trois provinces représentent ensemble 89 % des cas déclarés au Canada, alors qu'elles ne comprennent que 75 % de la population du pays.

Les dénominateurs des taux d'incidence dans cette figure sont basés sur les estimations au 1^{er} octobre 2003 produites par Statistique Canada.

Taux annuel de mortalité associée au sida par 100 000 personnes, par année de décès, de 1988 à 2003 au Québec, Montréal-Centre et hors Montréal-Centre



Source : Institut de la statistique du Québec. Communication personnelle, Louis Duchesne, octobre 2004

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 constamment, jusqu'à 1,5 par 100 000 personnes en 2002, ce qui représente une baisse de plus de 81 %. Toutefois, en 2003, il a légèrement remonté, à 1,7. 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 de façon assez constante, pour atteindre son plus bas niveau en 2003 à 3,7 par 100 000 personnes, soit une baisse de 82 %, comparable à la baisse enregistrée pour l'ensemble du Québec. Hors Montréal-Centre, le taux était stable et bas depuis 1998, autour de 0,7, mais il est remonté à 1,1 en 2003, ce qui représente 60 décès cette année-là. La hausse du taux provincial entre 2002 et 2003 est donc entièrement due à des décès hors Montréal-Centre.

ÉTAT
DE LA SITUATION
DE L'INFECTION PAR LE VIH



Tests de sérologie anti-VIH

Données du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ)

	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 *	242 606	1 842	0,8	609
2003 *	252 189	2 076	0,8	633
2004 *	190 005	1344	0,7	292

* Données préliminaires au 11 septembre 2004 (les nombres sont toutefois essentiellement complets pour 2002-2003).

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 minimal 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 et ayant un identificateur unique. 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

Laboratoire de santé publique du Québec (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	avril 2003 à mars 2004
Spécimens	15 766	8 912	9 063	19 382	20 891	21 615	22 585	23 328
Patients	5 353	4 813	5 191	7 127	7 503	8 248	8 550	9 121
Patients	5 908		18 258					

Source : D. Murphy, *Programme québécois pour la mesure de la charge virale du VIH*, Laboratoire de santé publique. Institut national de santé publique. Octobre 2004.

Le Programme québécois pour la mesure de la charge virale du VIH a été implanté au Québec en avril 1997 et était centralisé au 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, comparées à 1999, par catégories d'exposition au Québec

(Les estimations ponctuelles et les étendues d'incertitude associées sont arrondies)

	Catégories d'exposition					Total
	HOMME HOMOSEXUEL	HOMME HOMOSEXUEL et UDI	UDI	Contact hétérosexuel/ pays endémique	Facteur de coagulation/ transfusion	
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, comparées à 1999, par catégories d'exposition au Québec

(Les estimations ponctuelles et les étendues d'incertitude associées sont arrondies)

	Catégories d'exposition					Total
	HOMME HOMOSEXUEL	HOMME HOMOSEXUEL et UDI	UDI	Contact hétérosexuel/ pays endémique	Facteur de coagulation/ transfusion	
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 la province de Québec par Santé Canada présentent, outre des estimations ponctuelles, les étendues d'incertitude associées afin de mieux refléter l'imprécision de ces données. Il s'agit d'une démarche effectuée périodiquement, à quelques années d'intervalle. Les estimations les plus récentes datant de 2002, nous les reprenons donc ici.

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

La répartition selon les catégories d'exposition montre que les cas d'infection prévalents 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 faite 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	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 décembre 2003 (12 mois)	Janvier à juillet 2004 (6 mois)	Total (78 mois)
Avant la grossesse *	23	31	26	40	33	22	28	212
Pendant la grossesse	17	19	26	28	20	52	7	181
Après la grossesse **	7	6	5	2	5	2	0	27
Information manquante	0	0	0	0	0	1	0	1
TOTAL	47	56	57	70	58	77	35	421

* 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, octobre 2004.

Depuis l'entrée en vigueur du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, 421 femmes enceintes réparties sur l'ensemble du territoire québécois ont été suivies à l'Hôpital Sainte-Justine ou de façon conjointe.

La moitié des femmes connaissaient leur condition avant la grossesse, et 43 % ont été dépistées pendant la grossesse. Ces femmes ont donc eu accès à des traitements visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Toutefois, 6 % des femmes (soit 27) n'ont pas eu accès aux traitements préventifs car elles ont été dépistées après la grossesse. Ces proportions varient trop d'année en année pour présenter une tendance claire à la hausse ou à la baisse.

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

Catégorie d'exposition	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 décembre 2003 (12 mois)	Janvier à juillet 2004 (6 mois)	Total (78 mois)
UDI	6	7	9	5	7	3	1	44
Originaire d'un pays endémique	28	33	31	46	33	46	22	249
Contact sexuel	7	13	14	15	17	25	11	107
Sans facteur de risque connu ***	6	1	3	4	0	1	0	15
Produits sanguins hors Canada	0	2	0	0	1	1	1	5
Information manquante	0	0	0	0	0	1	0	1
TOTAL	47	56	57	70	58	77	35	421

*** 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, octobre 2004.

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 25 % des femmes qui ont été suivies, tandis que 10 % 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 30 juin 2004

	Année du prélèvement			
	2002	2003	2004	Total
Sexe masculin	513 (77%)	489 (78%)	0	1002 (77%)
Sexe féminin	156 (23%)	135 (22%)	0	291 (23%)
Total	669	625	0	1294

Source : Rapport de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine au Québec.

Cas cumulatifs avril 2002 – septembre 2004. Programme de surveillance du VIH/sida au Québec.

Direction générale de la santé publique. MSSS. Octobre 2004.

Le Programme de surveillance de l'infection par le VIH est entré en vigueur 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.

De plus, le manque de personnel pour effectuer les enquêtes épidémiologiques a entraîné inévitablement un retard dans celles-ci, de sorte qu'aucune enquête n'a encore pu être effectuée pour les résultats positifs de 2004. L'embauche prochaine d'une nouvelle intervenante en santé publique devrait pallier cette situation.

Ainsi, depuis le 18 avril 2002, 1 294 spécimens, représentant autant de personnes différentes dont le test anti-VIH s'est avéré positif, ont fait l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques auprès du médecin qui a prescrit le test. La majorité (77 %) des tests confirmés positifs ont été effectués chez des hommes. Environ 700 de ces spécimens avaient été testés pour confirmer un diagnostic déjà connu d'infection par le VIH.

Chez les hommes, la majorité (70 %) de tous les tests confirmés positifs touchent ceux âgés de 30 à 49 ans; chez les femmes, la majorité des tests (80 %) touchent des femmes plus jeunes, soit celles âgées de 20 à 44 ans.

Près de 48 % des tests confirmés positifs ont été effectués chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (y compris ceux qui sont aussi UDI). Quant aux autres tests confirmés positifs au cours de la période, 23 % ont été effectués chez des personnes ayant comme facteur de risque l'usage de drogues par injection, 16 % chez des personnes originaires d'un pays endémique, et 12 % chez des personnes hétérosexuelles.

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.

La sous-déclaration des infections transmissibles sexuellement ou par le sang est en partie due au fait que la déclaration d'un cas nécessite un résultat de test de laboratoire positif. La plupart de ces infections sont le plus souvent asymptomatiques et plusieurs personnes à risque ne bénéficient pas d'un dépistage : soit que leur risque n'est pas détecté, 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 pour celles dont la chaîne de transmission peut être interrompue par un traitement (ce sont notamment la chlamydie et l'infection gonococcique). Le nombre de personnes qui bénéficient de ce programme est généralement deux fois plus élevé que le nombre de déclaration d'ITS qui peuvent être traitées par antibiotiques, ce qui appuie l'hypothèse de la sous-déclaration des cas.

L'infection par le VIH demeure un problème important. Les estimations de prévalence montrent que la majorité des cas existants se retrouvent parmi les HARSAH, alors que les estimations d'incidence permettent de croire que la majorité des nouveaux cas surviennent chez les UDI. Les données du programme de surveillance du VIH révèlent que la majorité des tests positifs se rapportent aux HARSAH, c'est-à-dire qu'ils reflètent les cas existants. Après quelques années de fonctionnement, le programme reflétera mieux la survenue des nouvelles infections, puisque les cas existants auront déjà été testés et ne figureront plus dans les statistiques courantes.

Par ailleurs, l'augmentation des décès dus au SIDA pourrait représenter une baisse de l'efficacité des traitements anti-VIH, en raison d'une résistance aux médicaments que développent des personnes traitées depuis longtemps. C'est là un rappel (si besoin est) de l'importance des activités de prévention de l'infection par le VIH et des autres ITSS.

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 2004.

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. Octobre 2004.

MURPHY, D., *Programme québécois pour la mesure de la charge virale du VIH,* Laboratoire de santé publique. Institut national de santé publique. Octobre 2004.

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 1979-2004 – Mise à jour n° 2004-1 au 30 juin 2004,* Province de Québec, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 2004.

Rapport de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine au Québec. Cas cumulatifs avril 2002 – Juin 2004. Programme de surveillance du VIH/sida au Québec. Direction générale de la santé publique. MSSS. Novembre 2004.

SANTÉ CANADA, *Le VIH et le sida au Canada, rapport de surveillance en date du 31 décembre 2003.* 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 2004.

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).
27. *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* (édité en 2003).
28. *Évaluation du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement, de 1998 à 2002* (édité en 2003).

