

La situation sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang

en Abitibi-Témiscamingue

Janvier 2012

Sommaire

La chlamydieuse	4
L'hépatite C (VHC)	12
Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	17
La consommation de drogues injectables : un facteur de risque	17
La gonorrhée	21
En bref	24



Édition

produite par

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9^e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
Téléphone : 819 764-3264
Télécopieur : 819 797-1947
Site Web : www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

Rédaction

Guillaume Beaulé, agent de recherche
Direction de santé publique
guillaume_beaulé@ssss.gouv.qc.ca

Collaboration

Sylvie Bellot
Nicole Bouchard
Chantal Boulé
Danielle Gélinas
Isabelle Kirouac
Gérald Létourneau

Montage et mise en page

Carole Archambault, agente administrative
Direction de santé publique

ISBN : 978-2-89391-555-5 (Version imprimée)
978-2-89391-556-2 (PDF)

Prix : 7 \$


DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Bibliothèque nationale du Canada, 2012

Afin de ne pas alourdir les textes, le masculin inclut le féminin.


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

Ce document est également disponible en médias substitués, sur demande.



Le système québécois des maladies à déclaration obligatoire (MADO) permet d'obtenir des données sur certaines infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). L'analyse de ces informations favorise l'acquisition de connaissances sur ces infections, afin d'en situer l'ampleur et l'évolution, ainsi que d'identifier les groupes les plus touchés. Le but est d'orienter les interventions dans le réseau de la santé et des services sociaux, dans l'optique de réduire le nombre de nouveaux cas d'ITSS. En ce sens, la surveillance des ITSS représente une tâche des plus utiles pour la santé publique. Selon une enquête réalisée en 2008¹, 8 % de la population de 15 ans et plus, active sexuellement, a déjà reçu au cours de sa vie un diagnostic d'infection transmise sexuellement en Abitibi-Témiscamingue, une situation qui est comparable à celle du reste du Québec.

Dans ce document, il sera question plus particulièrement de quatre infections : la chlamydie génitale, l'hépatite C (VHC), l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et la gonorrhée. Diverses raisons motivent ce choix. En ce qui concerne la chlamydia, elle constitue une infection très répandue, soit 47 % de l'ensemble des MADO déclarées en 2008². Pour leur part, le VHC et le VIH représentent des maladies à caractère chronique pouvant avoir de graves conséquences chez les personnes atteintes. Enfin, les nouveaux cas de gonorrhée sont en augmentation constante depuis quelques années. De 2004 à 2008, le taux d'incidence a pratiquement doublé au Québec³.



1. Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique.

2. Karine Blouin et Raymond Parent (2010). Analyse des cas déclarés d'infection génitale à chlamydia trachomatis, d'infection gonococcique et de syphilis au Québec par année civile, INSPQ, page 4.

3. Ibid, page 7.

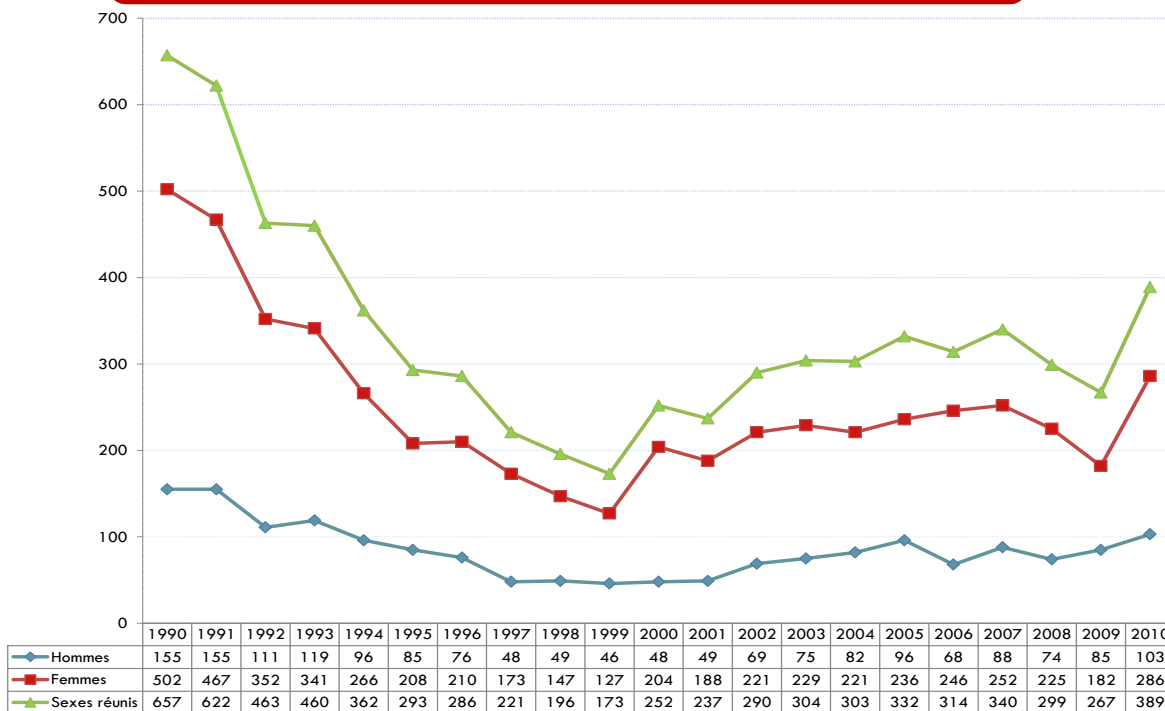
LA CHLAMYDIOSE

Nombre de cas déclarés

La figure 1 illustre bien la diminution du nombre annuel de nouveaux cas déclarés de chlamydie en Abitibi-Témiscamingue, dans la décennie 1990, passant de 657 cas en 1990 à 173 en 1999. Dans les années

2000, le nombre augmente quelque peu et varie par la suite entre 250 et 340 cas par année. Enfin, il grimpe davantage en 2010, atteignant 389 nouveaux cas déclarés dans la région.

Nombre de cas déclarés de chlamydie selon le sexe, Abitibi-Témiscamingue, 1990 à 2010



Source :
Fichier des
MADO,
1990 à
2010

L'analyse selon le sexe permet d'observer un nombre de nouveaux cas déclarés beaucoup plus important chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, pour un cas déclaré chez les hommes, trois sont identifiés chez les femmes. Cette situation n'est pas nouvelle en soi et existe également pour l'ensemble du Québec. Elle s'explique possiblement par les habitudes qui diffèrent selon le sexe. En effet, les femmes consultent plus fréquemment un médecin, notamment pour la contraception, et par conséquent elles ont accès plus facilement que les hommes au dépistage⁴.

De plus, les hommes pourraient être plus réfractaires à passer un test de dépistage, en raison de la technique longtemps utilisée par le passé (prélèvement urétral). De nos jours, les tests se font de plus en plus à partir de

simples prélèvements urinaires, détail qui pourrait être encore inconnu des hommes. Ou encore, ces derniers reçoivent un traitement pour ce type d'infection dans le cadre d'une mesure comme « Intervention préventive auprès des partenaires », où la conjointe ayant un diagnostic positif reçoit un traitement pour elle-même et un supplémentaire pour son ou ses partenaires sexuels. Il est donc fort probable que le nombre d'infections déclarées dans le système MADO soit sous-estimé chez les hommes. Outre cette différence, l'évolution du nombre de cas déclarés dans le temps selon le sexe suit une tendance similaire à l'ensemble des cas, soit une diminution dans les années 1990, une augmentation progressive dans les années 2000 et une hausse plus marquée en 2010.

4. Monique Imbleau, (2004). Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement, Programme national de santé publique 2003-2012, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, page 19.

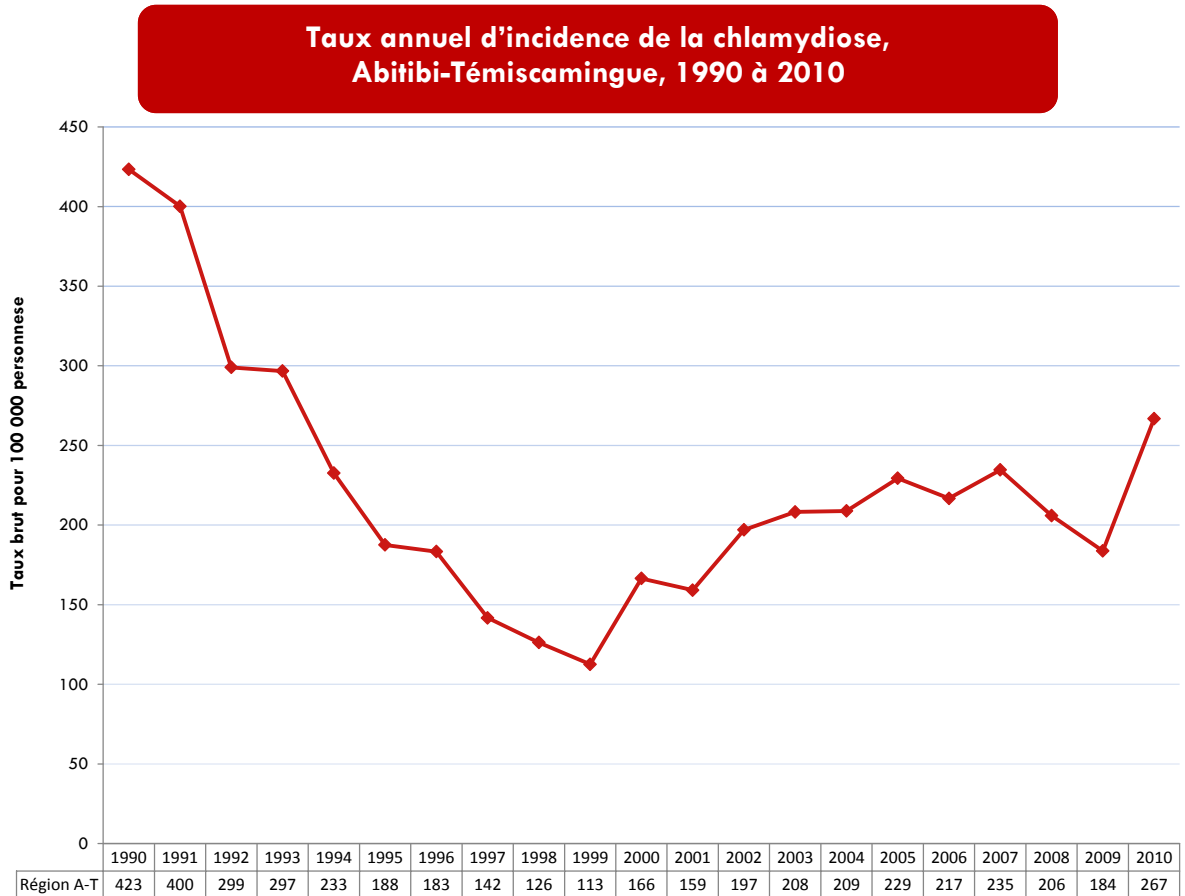
Évolution de l'incidence

Le taux annuel brut d'incidence est le résultat du nombre de nouveaux cas déclarés dans une année, rapporté à la population concernée et multiplié par 100 000. Il permet d'estimer l'ampleur et l'évolution des infections. En Abitibi-Témiscamingue (figure 2), le taux d'incidence de l'infection à chlamydia a considérablement diminué au cours de la décennie 1990, passant de 423 cas pour 100 000 personnes à

113 pour 100 000. Toutefois, durant les années 2000, le taux a augmenté de façon progressive jusqu'à 235 cas pour 100 000 en 2007. Finalement, après une diminution en 2008 et 2009, le taux régional a connu une forte croissance en 2010, atteignant alors 267 nouveaux cas déclarés de chlamydie pour 100 000 personnes.

Figure 2

Source : Fichier des MADO, 1990 à 2010. Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimations de population produites en février 2011.



Au Québec (données non illustrées), le taux d'incidence a également diminué dans la décennie 1990 mais de façon moins abrupte qu'en Abitibi-Témiscamingue. Ainsi, il est passé de 220 cas déclarés pour 100 000

personnes à 142 pour 100 000 en 1997. Par la suite, le taux a augmenté graduellement chaque année, pour atteindre 218 cas pour 100 000 en 2010, soit un niveau semblable à celui du début des années 1990.

Incidence selon l'âge et le sexe

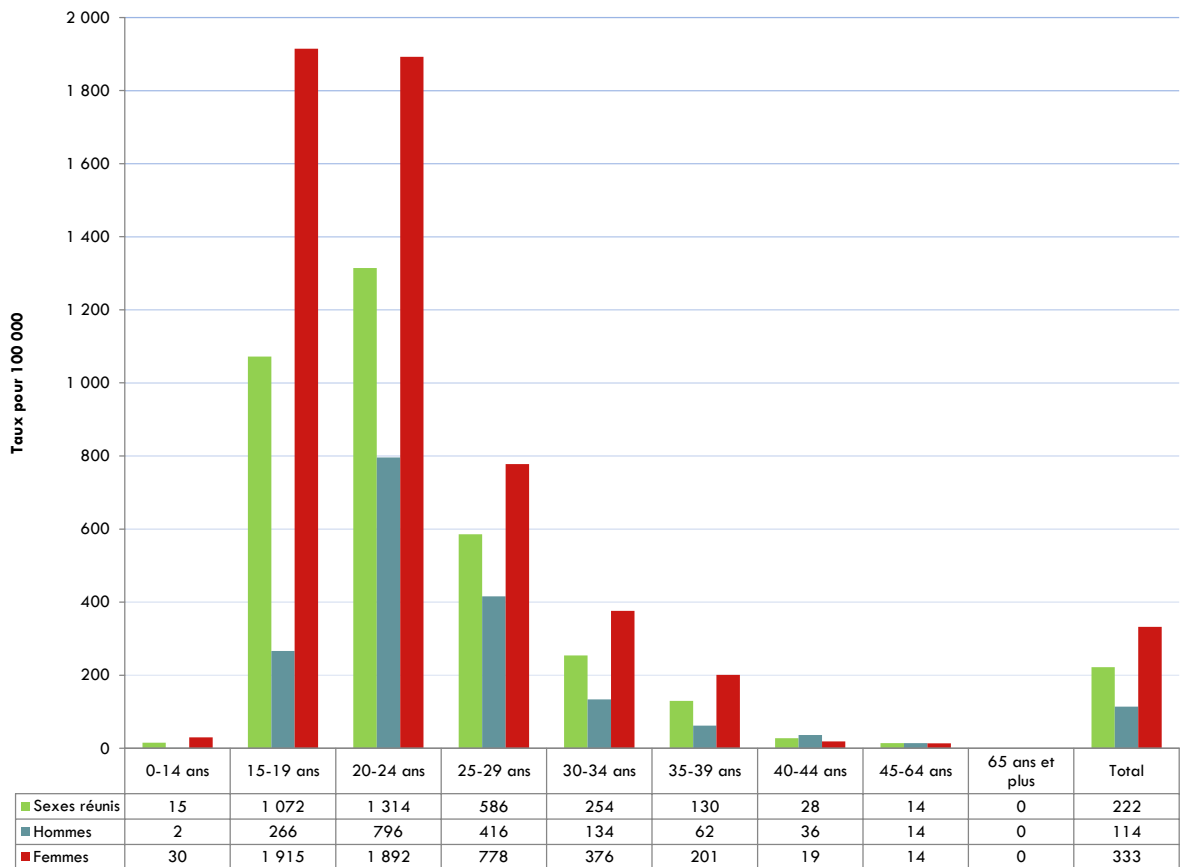
L'analyse de la figure 3 permet d'établir clairement deux constats. Premièrement, le taux d'incidence de la chlamydie est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, dans la très grande majorité des groupes

d'âge. Deuxièmement, pour l'ensemble des cas, les taux les plus élevés se retrouvent chez les jeunes de 15 à 24 ans.

Figure 3

Source : Fichier des MADO, 2006 à 2010. Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimations de population pour l'année 2008 produites en février 2011.

Taux annuel moyen d'incidence de la chlamydie selon le sexe et l'âge, Abitibi-Témiscamingue, 2006 à 2010



Pour l'ensemble des cas, hommes et femmes réunis, le taux est très faible chez les moins de 15 ans. Il grimpe cependant à 1 072 cas déclarés pour 100 000 chez les personnes de 15 à 19 ans, et encore un peu chez celles de 20 à 24 ans, à 1 314 cas pour 100 000. Chez les groupes plus âgés, le taux s'avère plus bas : 586 cas pour 100 000 chez les 25 à 29 ans, 254 pour 100 000 chez les 30 à 34 ans et 130 pour 100 000 chez les 35 à 39 ans. À partir de 40 ans, les taux sont encore plus faibles. À noter qu'aucun cas déclaré n'apparaît chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Chez les femmes, la tendance est similaire. Les taux les plus élevés se retrouvent chez celles âgées de 15 à 19 ans (1 915 cas déclarés pour 100 000 femmes) et chez celles de 20 à 24 ans (1 892 pour 100 000). Ils diminuent chez les groupes de femmes plus âgées. Une légère différence apparaît néanmoins chez les hommes. Le taux le plus élevé (796 pour 100 000) apparaît bel et bien chez ceux âgés de 20 à 24 ans. Toutefois, le deuxième taux le plus élevé (416 pour 100 000) touche un groupe plus âgé, soit les 25 à 29 ans. Le taux diminue par la suite en fonction de l'âge.

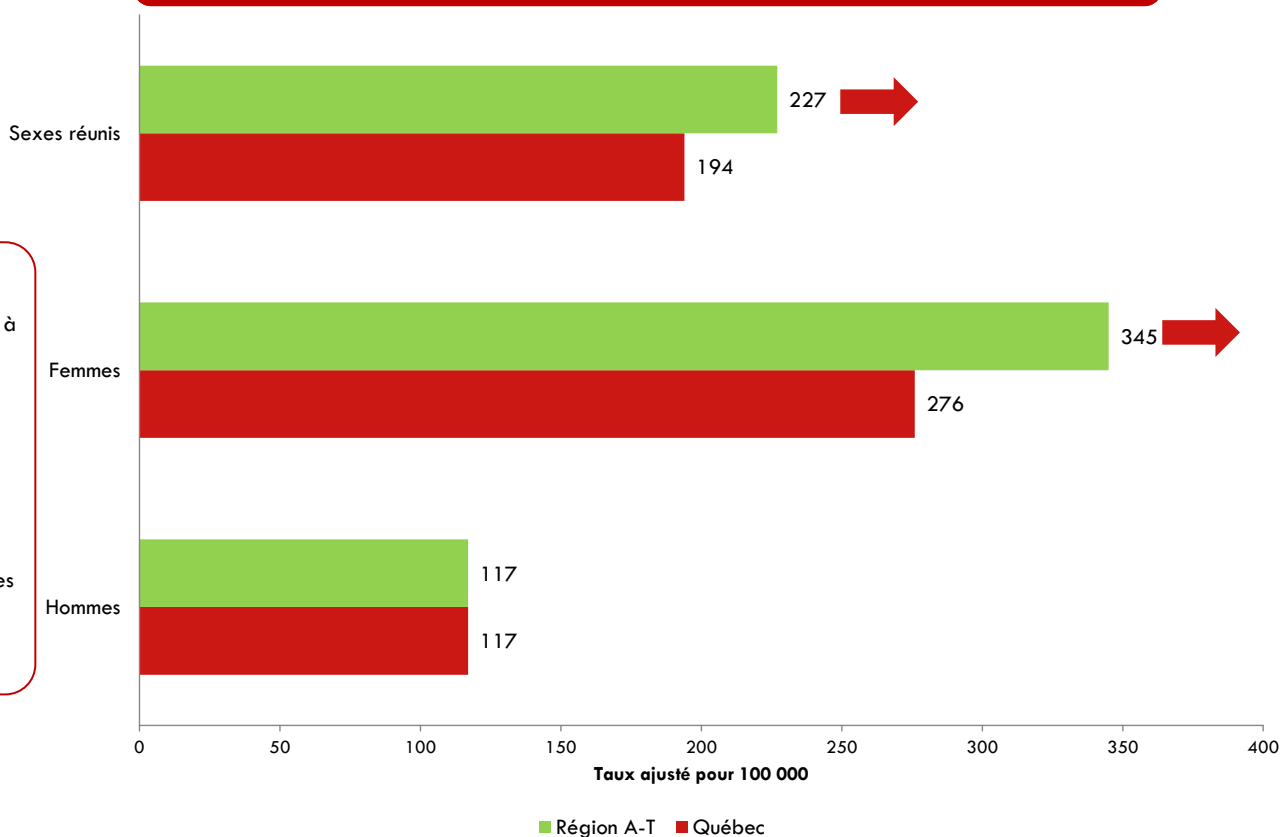
Comparaison avec le Québec

Pour l'ensemble de la population régionale (sexes réunis), le taux⁵ annuel moyen ajusté d'incidence de l'infection à chlamydia pour la période 2006 à 2010 se situe à 227 cas déclarés pour 100 000 personnes. Ce taux s'avère significativement supérieur à celui du Québec, qui est de 194 pour 100 000 (voir figure 4). En d'autres termes, toutes proportions gardées, il y a davantage de cas déclarés en Abitibi-Témiscamingue que dans l'ensemble de la province.

Chez les hommes, le taux régional est identique au taux québécois, soit 117 cas déclarés pour 100 000 hommes. Chez les femmes, le taux s'élève à 345 cas déclarés pour 100 000 femmes dans la région, et à 276 pour 100 000 dans l'ensemble de la province. Comme pour l'ensemble des cas, ici également le taux régional chez les femmes est significativement supérieur à celui des femmes du Québec.

Figure 4

Taux annuel moyen ajusté d'incidence de la chlamydie selon le sexe, Région Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2006 à 2010



Note : La flèche → indique un taux significativement plus élevé que celui du Québec.

Source : Fichier des MAD0, 2006 à 2010. Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimations de population pour l'année 2008 produites en février 2011.

5. L'utilisation d'un taux ajusté est nécessaire ici pour effectuer des comparaisons entre des territoires ayant des populations avec des structures d'âge différentes. Il permet ainsi d'éliminer l'effet attribuable à ces différences. Le taux est ajusté selon la méthode de standardisation directe avec la population du Québec de 2006 comme population de référence.

Situation dans les territoires des CSSS

Toujours pour la période 2006 à 2010, 322 nouveaux cas d'infection à chlamydia sont déclarés en moyenne annuellement en Abitibi-Témiscamingue. Le tableau 1

permet d'observer les données détaillées en fonction des différents territoires de centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la région.

Nombre annuel moyen de cas déclarés de chlamydirose selon les territoires des CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue, 2006 à 2010

Tableau 1

Territoire	N. annuel moyen
Vallée-de-l'Or	128
Rouyn-Noranda	101
Les Eskers de l'Abitibi	41
Aurores-Boréales	30
Lac-Témiscamingue	17
Témiscaming-et-de-Kipawa	4
Région Abitibi-Témiscamingue	322

Source :
Fichier des
MADO, 2006
à 2010.

Note :
La somme des parties est différente du total en raison de l'arrondissement des nombres moyens.

Logiquement, les territoires les plus peuplés détiennent également les nombres les plus élevés de nouveaux cas de chlamydirose. En effet, le territoire de la Vallée-de-l'Or arrive au premier rang avec une moyenne de 128 cas déclarés annuellement, suivi par le territoire de Rouyn-Noranda, 101 cas déclarés en moyenne par année. Avec des nombres beaucoup plus faibles, Les

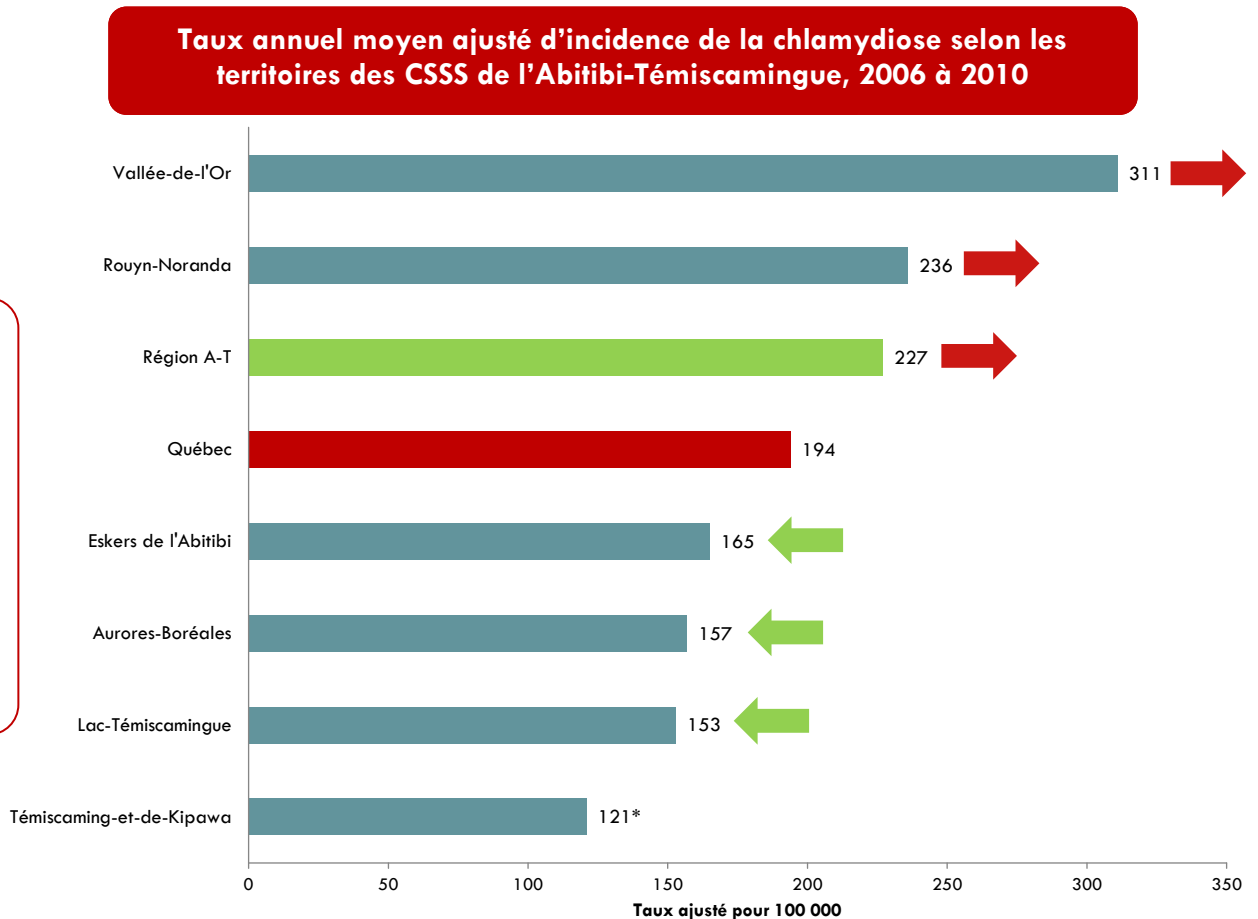
Eskers de l'Abitibi (41 cas en moyenne) et le territoire des Aurores-Boréales (30) arrivent au troisième et quatrième rang respectivement. Enfin, 17 cas sont déclarés en moyenne annuellement dans le territoire du Lac-Témiscamingue, et 4 dans celui de Témiscaming-et-de-Kipawa, soit les territoires de CSSS les moins peuplés de la région.

La figure 5 permet de comparer les taux moyens ajustés d'incidence des différents territoires de CSSS avec l'ensemble du Québec. Le territoire du CSSS de la Vallée-de-l'Or détient le taux le plus élevé, 311 cas déclarés pour 100 000 personnes, un taux significativement plus élevé que celui du Québec, à 194 pour 100 000. Rouyn-Noranda suit avec un taux de 236 pour 100 000, ce qui est également supérieur à celui de la province. Donc, dans ces deux territoires, il y a davantage de nouveaux cas déclarés de chlamydie que dans l'ensemble du Québec. La situation est

différente dans trois autres territoires où les taux sont, à l'inverse, significativement inférieurs à celui de la province : Eskers de l'Abitibi (165 pour 100 000), Aurores-Boréales (157) et Lac-Témiscamingue (153). Finalement, le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa présente un taux de 121 pour 100 000. Toutefois, en raison de la variation des taux résultant des petits nombres en cause, il n'est pas possible d'établir de comparaison avec le Québec. Il faut également interpréter ce taux avec prudence.

Figure 5

Source : Fichier des MADO, 2006 à 2010. Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimations de population pour l'année 2008 produites en février 2011.



* : Attention, estimation de qualité moyenne. La valeur doit être interprétée avec prudence. Les flèches indiquent que le taux est significativement inférieur ← ou supérieur → à celui du Québec.

Chez les hommes (figure 6), les taux les plus élevés se retrouvent aussi dans les territoires des CSSS de la Vallée-de-l'Or (145 pour 100 000) et de Rouyn-Noranda (137). Ces taux s'avèrent significativement supérieurs à celui du Québec. À l'inverse, les taux sont significativement inférieurs dans les territoires des Aurores-Boréales (82) et Les Eskers de l'Abitibi (74).

Enfin, aucune comparaison n'est possible dans les territoires du Lac-Témiscamingue et celui de Témiscaming-et-de-Kipawa, en raison de la variabilité des taux. D'ailleurs, dans le dernier cas, le taux n'est présenté qu'à titre indicatif, le coefficient de variation étant beaucoup trop élevé.

Taux annuel moyen ajusté d'incidence de la chlamydirose chez les hommes selon les territoires des CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2006 à 2010

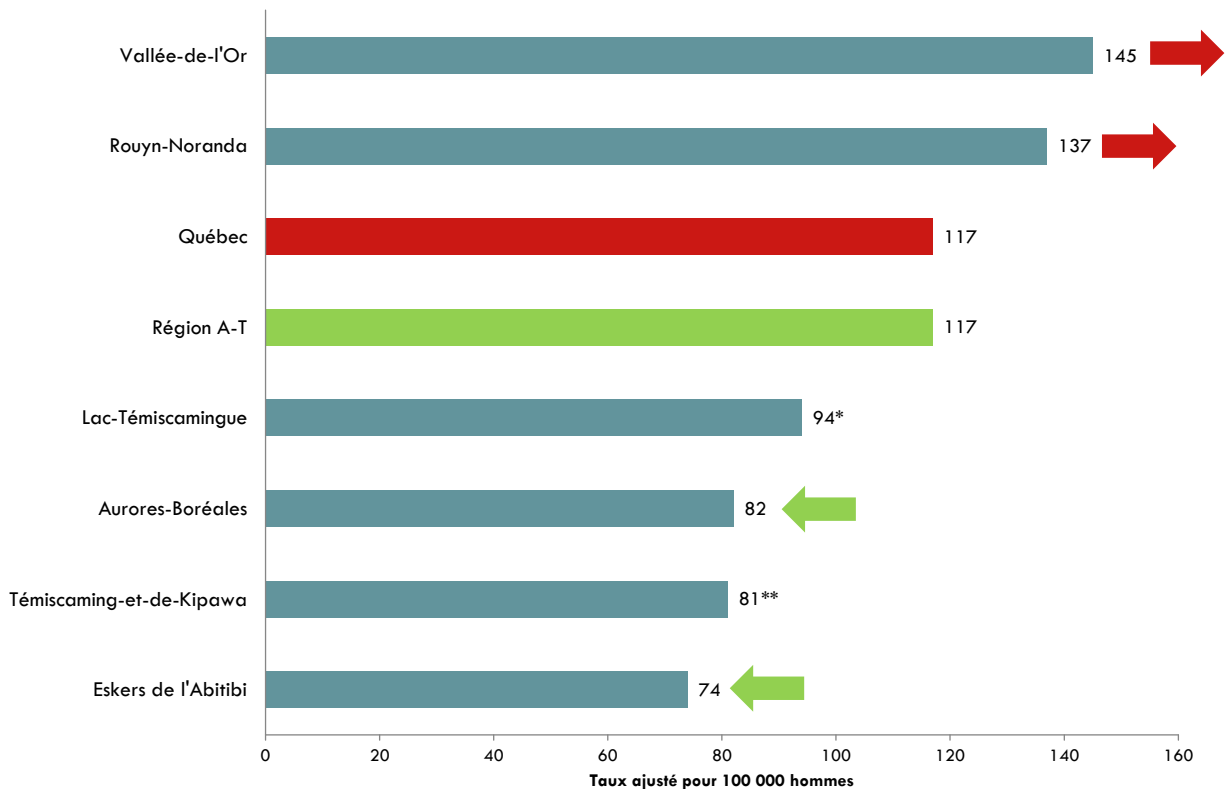


Figure 6

Source : Fichier des MADO, 2006 à 2010. Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimations de population pour l'année 2008 produites en février 2011.

Note :

* : Attention, estimation de qualité moyenne. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** : Estimation peu fiable en raison de la trop grande variabilité du taux. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

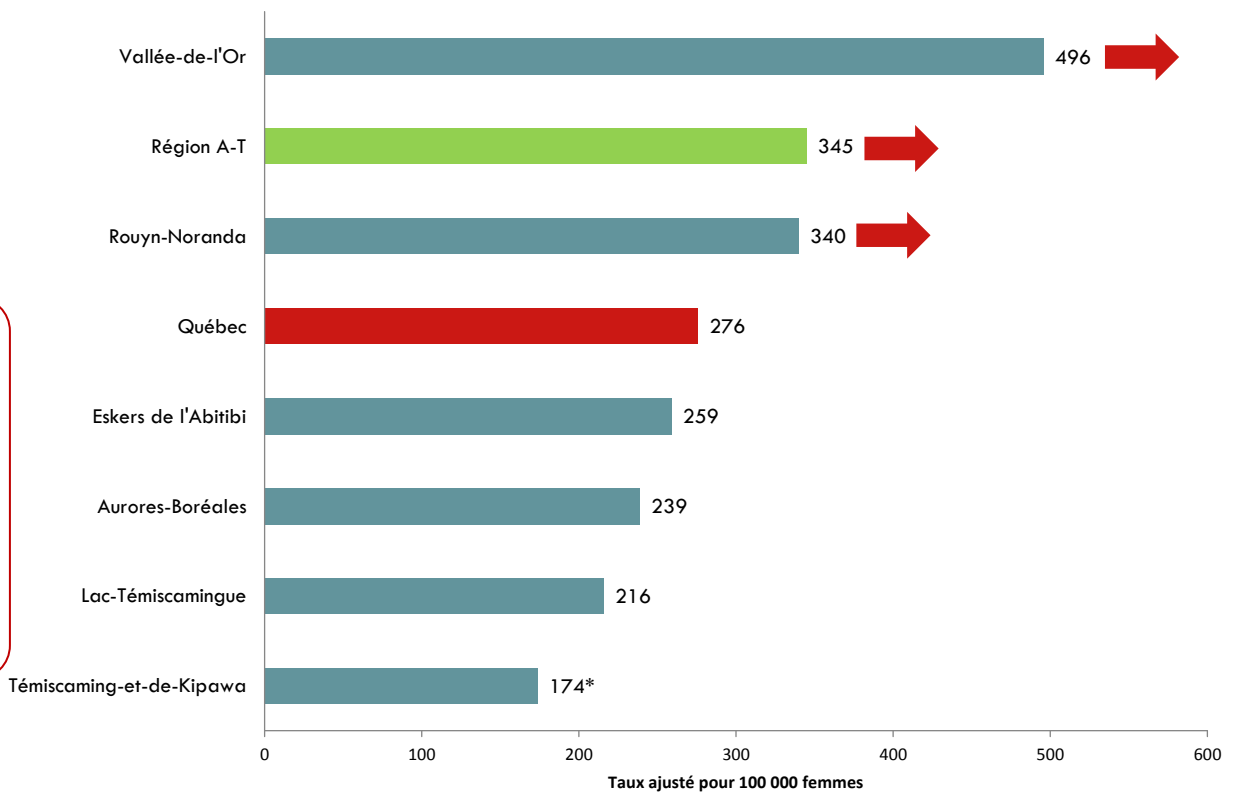
Les flèches indiquent que le taux est significativement inférieur ← ou supérieur → à celui du Québec.

Finalement, chez les femmes (figure 7), les taux apparaissent d'emblée supérieurs à ceux des hommes. Le taux le plus élevé, 496 cas déclarés pour 100 000 femmes, se retrouve dans le territoire de la Vallée-de-l'Or, suivi par Rouyn-Noranda avec 340 pour 100 000. Les tests de comparaison indiquent une différence significative avec l'ensemble du Québec dans ces deux territoires. Il y a donc davantage de cas déclarés

comparativement à la province. En ce qui concerne le territoire Les Eskers de l'Abitibi (259), celui des Aurores-Boréales (239) et du Lac-Témiscamingue (216), les taux se comparent à celui de la province. Encore une fois, le taux dans le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa ne peut être comparé à celui du Québec, en raison de la variabilité des taux. Il faut donc l'interpréter avec prudence.

Taux annuel moyen ajusté d'incidence de la chlamydie chez les femmes selon les territoires des CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2006 à 2010

Figure 7



Source : Fichier des MADO, 2006 à 2010. Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimations de population pour l'année 2008 produites en février 2011.

Note :

* : Attention, estimation de qualité moyenne. La valeur doit être interprétée avec prudence.

La flèche → indique que le taux est significativement supérieur à celui du Québec.

L'HÉPATITE C (VHC)

Nombre de cas déclarés

La figure 8 illustre les variations importantes qui caractérisent l'évolution du nombre de cas déclarés d'hépatite C (VHC) en Abitibi-Témiscamingue. En effet, de 1998 à 2000, le nombre est demeuré relativement stable, autour d'une cinquantaine de cas par année. En 2001, il a grimpé à 65 cas déclarés, situation qui s'explique possiblement par la mise en place, à l'échelle

provinciale, d'un programme pour retracer les personnes infectées lors d'une transfusion sanguine effectuée avant 1990. L'année suivante, le nombre a chuté à 32 dans la région. De 2003 à 2009, il a varié de 37 à 52 annuellement alors qu'en 2010, il a atteint un plancher de 23 cas déclarés.

Nombre de cas déclarés d'hépatite C selon le sexe, Abitibi-Témiscamingue, 1998 à 2010

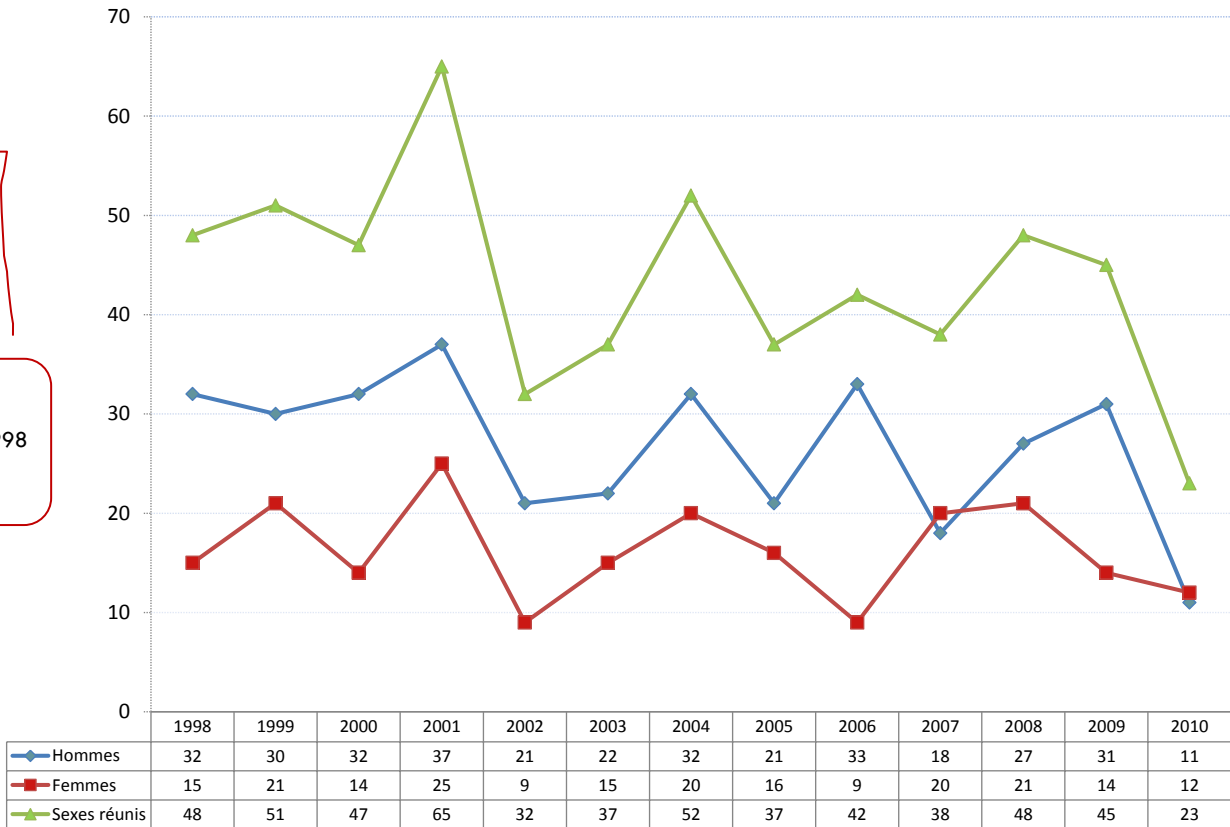


Figure 8

Source :
Fichier des
MADO, 1998
à 2010

Contrairement à la chlamydie, les cas déclarés d'hépatite C s'avèrent plus nombreux chez les hommes que chez les femmes, à l'exception des années 2007 et 2010. De plus, l'évolution suit habituellement les mêmes tendances que pour l'ensemble des cas (sexes réunis). Chez les hommes, le nombre se situe généralement entre

20 et 30 annuellement, sauf pour l'année 2010 où il chute à 11 cas déclarés. Chez les femmes, il varie plutôt entre 10 et 20 chaque année. Toutefois, l'année 2010 ne se caractérise pas par une diminution substantielle, comme chez les hommes, le nombre de cas déclarés s'établissant alors à 12.

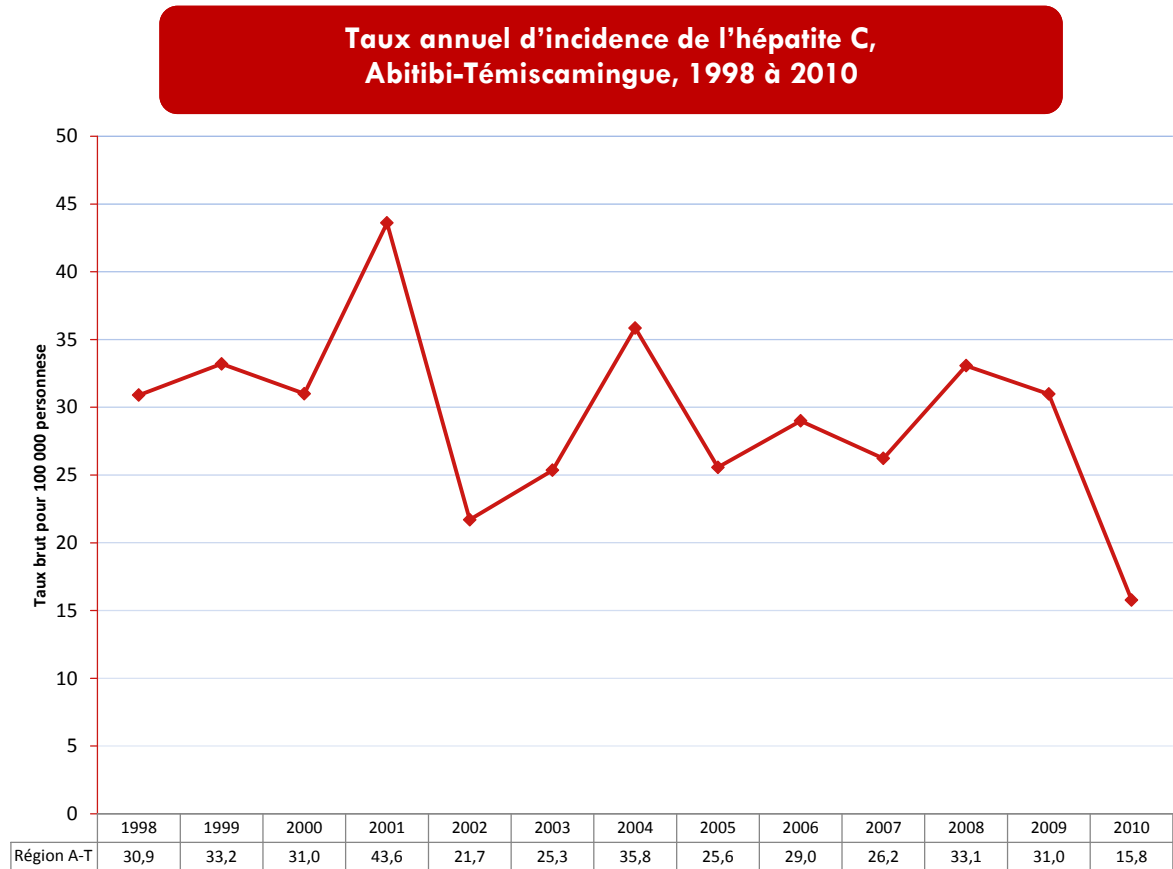
Évolution de l'incidence

Les nombres relativement faibles de cas déclarés d'hépatite C dans la région ont un impact sur le taux d'incidence. Celui-ci a alors tendance à fluctuer considérablement d'une année à l'autre, comme l'illustre bien la figure 9. En Abitibi-Témiscamingue, le taux d'incidence a connu ses écarts les plus marqués de 2000 à 2002, où la hausse importante (44 cas pour

100 000) suivie d'une chute substantielle correspond à la mise en place, puis au retrait, du programme de dépistage pour les personnes transfusées. Par la suite, le taux a augmenté jusqu'en 2004, à 36 cas déclarés pour 100 000 personnes. Il a ensuite oscillé entre 26 et 33 pour 100 000. Enfin, en 2010, le taux a chuté à 16 pour 100 000.

Figure 9

Source : Fichier des MADO, 1998 à 2010. Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimations de population produites en février 2011.



Au Québec (données non illustrées), le taux connaît des variations moins accentuées que dans la région. Il a atteint un sommet également en 2002, à 48 cas déclarés pour 100 000 personnes, puis il a diminué à

30 pour 100 000 en 2003. Après une légère remontée l'année suivante, la tendance se dessine à la baisse de façon graduelle jusqu'en 2010, où il a atteint un plancher de 19 pour 100 000.

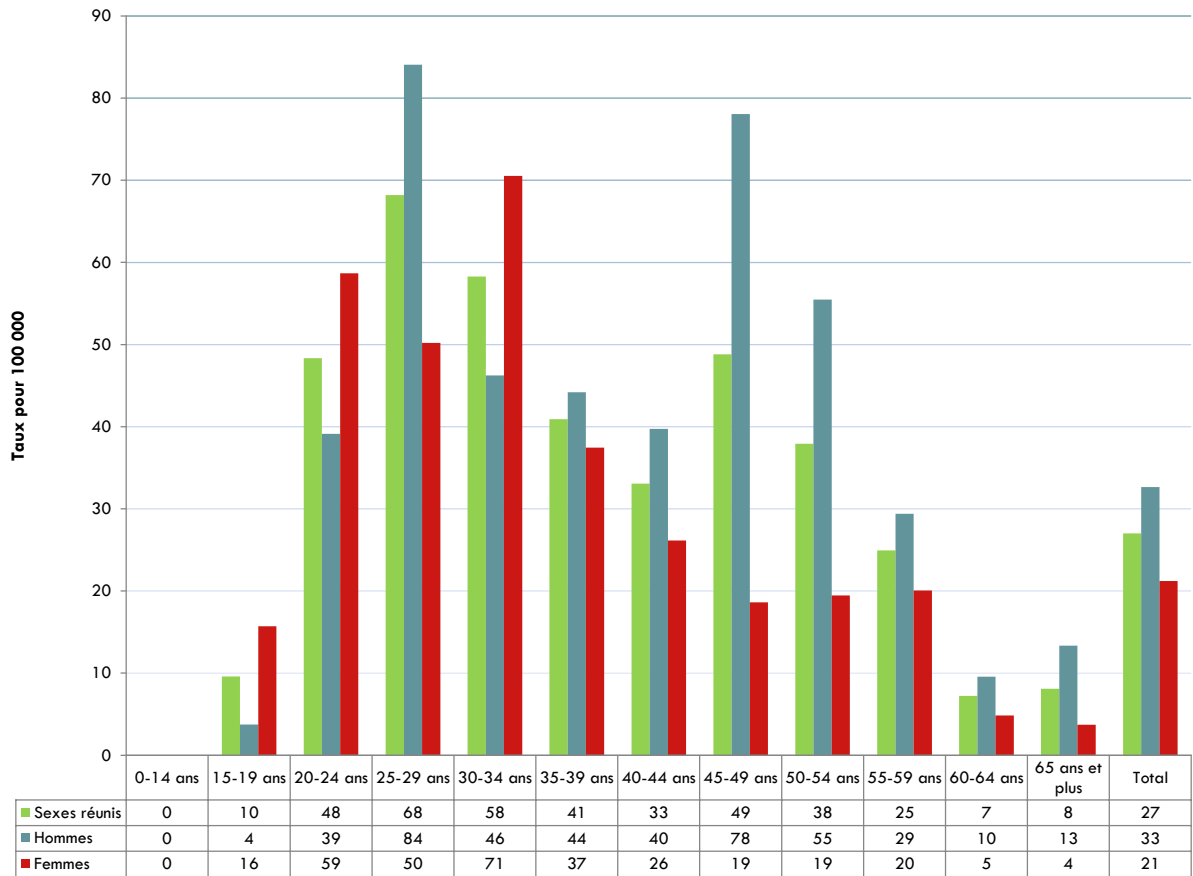
Incidence selon l'âge et le sexe

En raison des petits effectifs en cause sur la base du sexe et de l'âge, les taux d'incidence qui suivent doivent être interprétés avec prudence, même si le calcul est effectué avec des moyennes sur une période de cinq années afin d'accroître la taille des observations. Globalement, le taux s'avère plus élevé chez les

hommes, 33 cas déclarés pour 100 000, contrairement à ce qui a été observé pour la chlamydie. Cette tendance selon le sexe se reflète dans la plupart des groupes d'âge, à l'exception des personnes âgées de moins de 25 ans et chez celles de 30 à 34 ans.

Figure 10

Taux annuel moyen d'incidence de l'hépatite C selon le sexe et l'âge, Abitibi-Témiscamingue, 2006 à 2010



Source : Fichier des MADO, 2006 à 2010. Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimations de population pour l'année 2008 produites en février 2011.

Selon l'âge, le taux le plus élevé se retrouve chez les personnes âgées de 25 à 29 ans, atteignant 68 cas déclarés pour 100 000. Il a tendance à être plus bas chez les groupes plus âgés, à l'exception des 45 à 49 ans (49 pour 100 000) et des 50 à 54 ans (38 pour 100 000). Cette tendance se reproduit chez les hommes alors que chez les femmes, quelques petites différences

sont notées. Ainsi, celles âgées de 30 à 34 ans détiennent le taux le plus élevé (71 pour 100 000), le deuxième sommet se retrouvant chez celles de 20 à 24 ans. De plus, contrairement aux hommes, le taux féminin ne connaît pas de hausse marquée à partir de 45 ans. Il a plutôt tendance à se stabiliser à près de 20 pour 100 000.

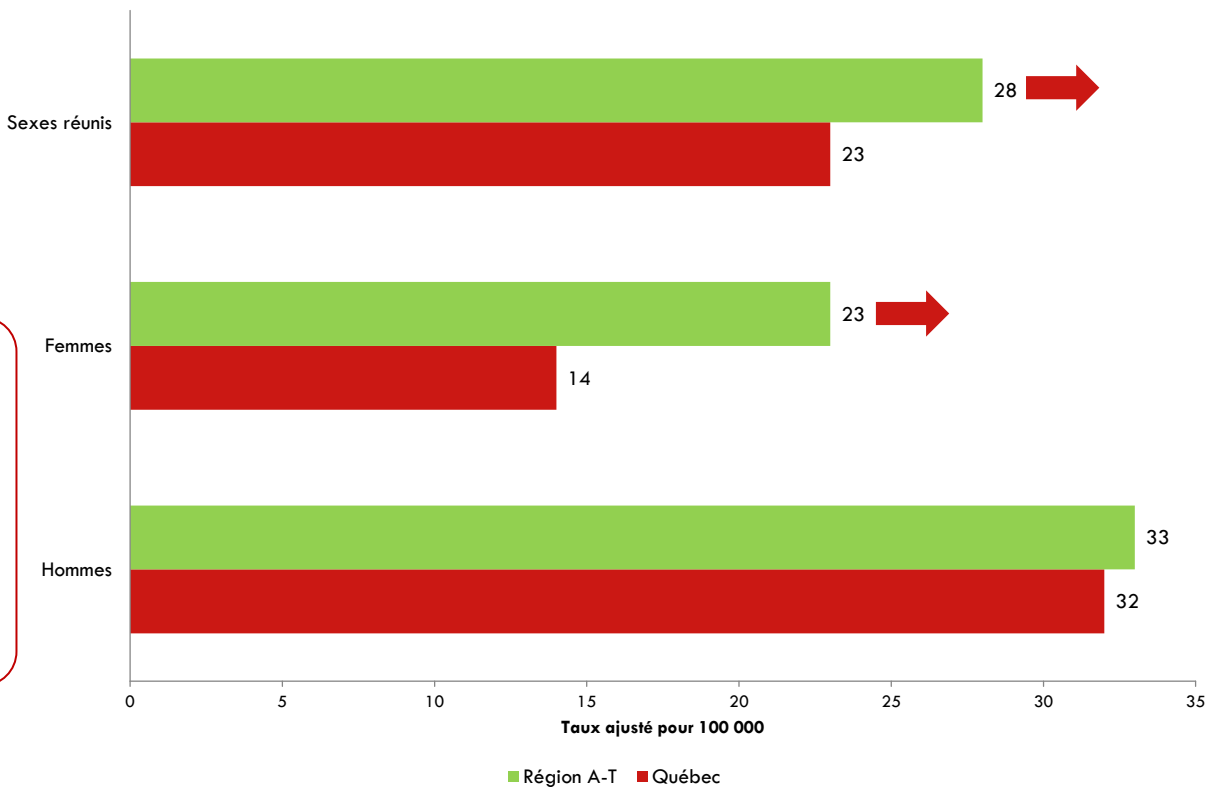
Comparaison avec le Québec

Le taux annuel moyen ajusté d'incidence de l'hépatite C est de 28 cas déclarés pour 100 000 personnes dans la région. Les tests statistiques indiquent que ce taux est significativement supérieur à celui de l'ensemble de la

province, établi à 23 pour 100 000. Toutes proportions gardées, il y a donc plus de cas déclarés d'hépatite C en Abitibi-Témiscamingue qu'au Québec (voir figure 11).

Figure 11

Taux annuel moyen ajusté d'incidence de l'hépatite C selon le sexe, Région Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2006 à 2010



Source : Fichier des MADO, 2006 à 2010. Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimations de population pour l'année 2008 produites en février 2011.

Note : La flèche → indique un taux significativement plus élevé que celui du Québec.

Chez les hommes, le taux régional s'élève à 33 pour 100 000, ce qui est comparable au taux provincial (32 pour 100 000). Chez les femmes par contre, le taux

s'avère significativement supérieur à celui du Québec, 23 pour 100 000 comparativement à 14 pour 100 000.

Situation dans les territoires des CSSS

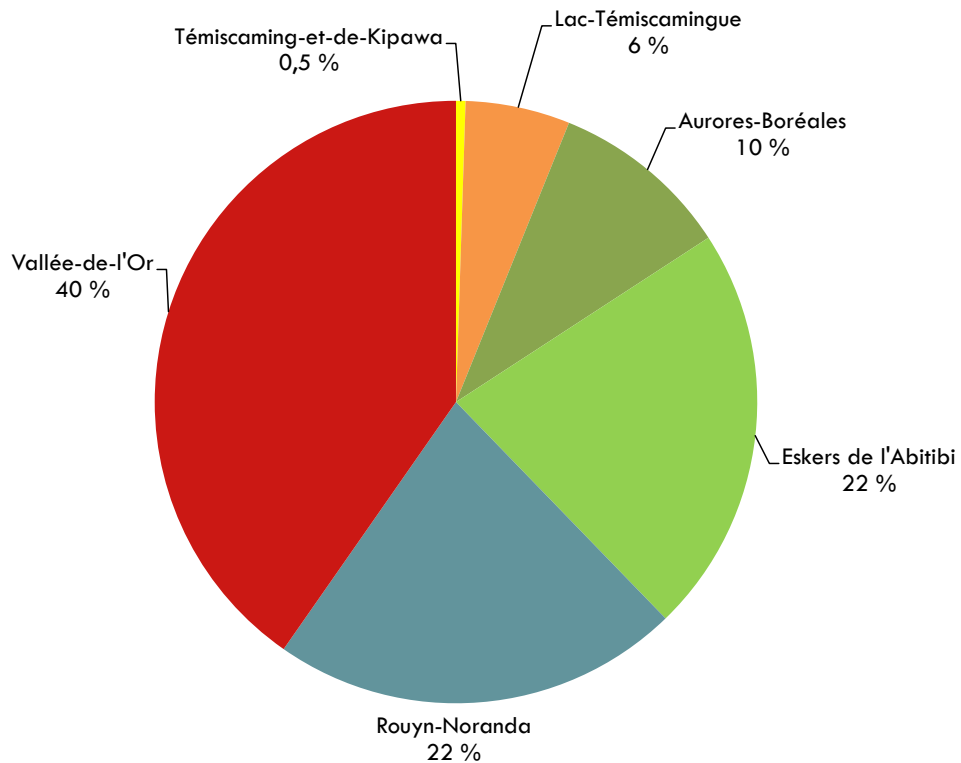
Il est peu pertinent d'analyser le nombre annuel moyen et le taux de cas déclarés d'hépatite C dans les différents territoires de CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue en raison des petits nombres en cause, une moyenne de 39 cas annuellement dans la région

divisés entre six territoires. Néanmoins, la répartition en pourcentage de l'ensemble des cas sur une période de cinq années permet de tracer un certain portrait de la situation.

Répartition des cas déclarés d'hépatite C selon les territoire, des CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue, 2006 à 2010

Figure 12

Source :
Fichier des
MADO, 2006
à 2010.



La figure 12 permet d'observer que le territoire du CSSS de la Vallée-de-l'Or regroupe 40 % des cas déclarés en Abitibi-Témiscamingue, soit la plus grande proportion régionale. Suivent ensuite les territoires de Rouyn-Noranda et Les Eskers de l'Abitibi, avec environ un cas sur cinq (22 %) chacun. Ces trois territoires, les plus peuplés de la région, enregistrent donc 84 % de l'ensemble des cas déclarés d'hépatite C. Les trois

autres territoires de CSSS, moins peuplés, se partagent les 16 % restants : Aurores-Boréales (10 %), Lac-Témiscamingue (6 %) et Témiscaming-et-de-Kipawa (moins de 1 %). Cette répartition des cas est évidemment influencée, d'une part, par la répartition même de la population dans la région et d'autre part, possiblement par l'accessibilité au dépistage qui peut varier d'un territoire à l'autre ou d'une année à l'autre.

LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)

Contrairement aux infections précédentes, il s'avère plus difficile d'établir un portrait statistique régional du VIH, étant donné les petits nombres en cause. Par conséquent, l'accent est tout d'abord mis sur les données provinciales.

Le Programme de surveillance de l'infection par le VIH comptabilise des données au Québec depuis 2002, année où cette infection devint à surveillance obligatoire. À noter que les données ainsi recueillies n'estiment ni l'incidence ni la prévalence de l'infection et ne portent que sur les cas confirmés au Laboratoire de santé publique du Québec. De 2002 à 2009, ce programme a identifié en moyenne 728 personnes infectées⁶ par le virus chaque année dans la province, dont 4 en Abitibi-Témiscamingue⁷. En général, les hommes sont quatre fois plus nombreux que les femmes à avoir obtenu un test positif, les groupes d'âge les plus touchés étant les 40 à 44 ans chez les hommes et les 30

à 34 ans chez les femmes. De plus, les relations sexuelles non protégées entre hommes et la consommation de drogues injectables constituent deux des principaux facteurs de risque mentionnés.

D'autres données proviennent de la Clinique régionale de soins intégrés en VIH-SIDA. Ainsi, en avril 2010, 36 personnes séropositives étaient suivies en Abitibi-Témiscamingue par cette clinique. Les deux tiers d'entre elles sont des hommes et la moyenne d'âge s'élève à 45 ans. Parmi les facteurs de risque, les personnes suivies ont mentionné le fait pour des hommes d'avoir eu des relations sexuelles non protégées avec d'autres hommes, le partage de matériel pour l'usage de drogues injectables, de même que les relations sexuelles non protégées entre hétérosexuels. Il faut ajouter que parmi ces personnes suivies, un peu plus d'une sur cinq est également infectée par le VHC.

LA CONSOMMATION DE DROGUES INJECTABLES : UN FACTEUR DE RISQUE

Tel que mentionné auparavant, le partage de matériel, notamment les seringues souillées, chez les usagers de drogues injectables (UDI) constitue un facteur de risque important à l'égard de certaines infections, dont le VHC et le VIH. Néanmoins, il est difficile d'estimer l'ampleur de cette consommation de drogues étant donné que les substances consommées sont illégales et leur vente

prohibée. Par conséquent, l'injection de drogues demeure un phénomène caché. Malgré ce constat, des programmes de prévention existent principalement pour mettre gratuitement à la disposition des UDI du matériel d'injection propre et stérile, afin de réduire les risques d'infection dans une optique de réduction des méfaits.

6. Raphaël Bitera et al. (2011). *Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, mise à jour des données au 30 juin 2010*, Laboratoire de santé publique du Québec, pages 43 et 51.

7. Dans la région, au cours des dernières années, environ 600 personnes en moyenne annuellement utilisent les services de dépistage du VIH (SIDEPE), bien que la tendance soit à la baisse.

En Abitibi-Témiscamingue, le programme E.S.S.A.I.S. (Échanges de Seringues, Services d'Aide et d'Information sur le Sida) joue ce rôle depuis 1993. Il permet aux UDI de se procurer des trousseaux contenant des seringues, des condoms, des ampoules d'eau et des sécuricups (contenant pour préparer la drogue). En 2011, ces trousseaux sont accessibles dans une quarantaine de sites, allant d'établissements comme les CLSC ou les salles d'urgence, de même que dans certaines pharmacies, auprès de travailleurs de rue et d'organismes communautaires. Les données tirées du programme E.S.S.A.I.S. ne permettent évidemment pas

d'établir la prévalence de la consommation de drogues injectables. Elles peuvent néanmoins donner une certaine idée de l'évolution et des grandes tendances.

La figure 13 illustre l'évolution du nombre de trousseaux acheminés dans les différents sites afin d'être distribués aux UDI. À partir de 2001-2002, ce nombre n'a cessé d'augmenter pour atteindre un sommet de 37 360 trousseaux en 2007-2008. Cependant, pour les trois années suivantes, le nombre de trousseaux distribués connaît une décroissance, s'établissant à 18 532 en 2010-2011.

Nombre total de trousseaux expédiés en Abitibi-Témiscamingue selon l'année financière, 1998-1999 à 2010-2011

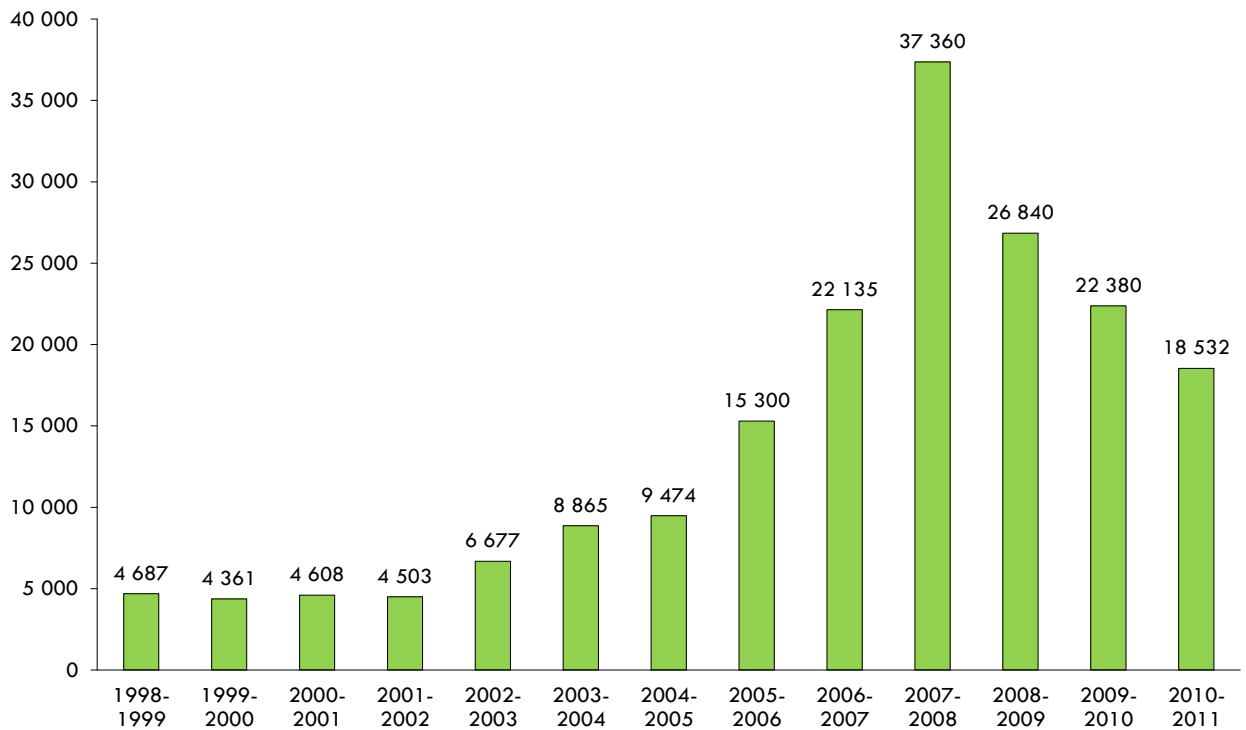


Figure 13

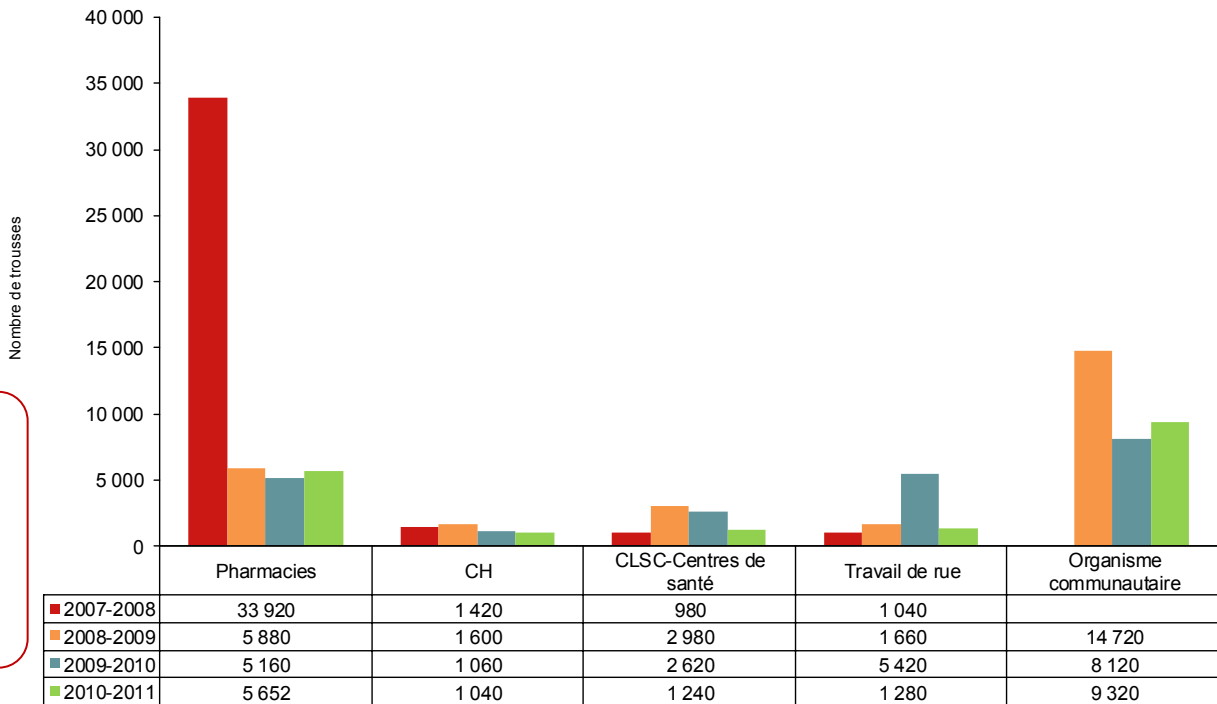
Source :
Direction de santé publique,
Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Plusieurs éléments pourraient expliquer ces fluctuations : changements dans les habitudes de vie des UDI, augmentation de la clientèle ou encore succès du programme davantage connu des UDI. Toutefois, les données indiquent assez clairement que le nombre et la nature des sites de distribution semble également avoir un impact. La figure 14 présente le nombre de trousses distribuées en fonction du type de site de distribution, pour les quatre dernières années financières disponibles. En 2007-2008, l'année record pour le nombre total de trousses distribuées, 91 % de ces

trousses se sont retrouvées dans des pharmacies. En 2008-2009, le nombre total de trousses a diminué de 28 % (passant de 37 360 à 26 840), mais la diminution s'avère particulièrement marquée dans les pharmacies, où en fait il s'agit d'une chute de 83 % (33 920 à 5 880). Cette année-là, pour diverses raisons, plusieurs pharmacies se sont retirées du réseau de distribution, notamment à Val-d'Or. Pour pallier en partie à ces retraits dans cette ville, un organisme communautaire a alors pris la relève et a reçu 14 720 trousses à distribuer.

Nombre total de trousses expédiées selon le type de site et l'année financière, 2007-2008 à 2010-2011

Figure 14



Source :
Direction de santé publique,
Agence de la santé et des services sociaux de

Par la suite, pour la période 2008-2009 à 2010-2011, 48 % des trousses à l'échelle régionale ont été acheminées à cet organisme communautaire. Les

pharmacies ont reçu 25 % des trousses, les travailleurs de rue 12 %, les CLSC 10 % et les salles d'urgence 5 %.

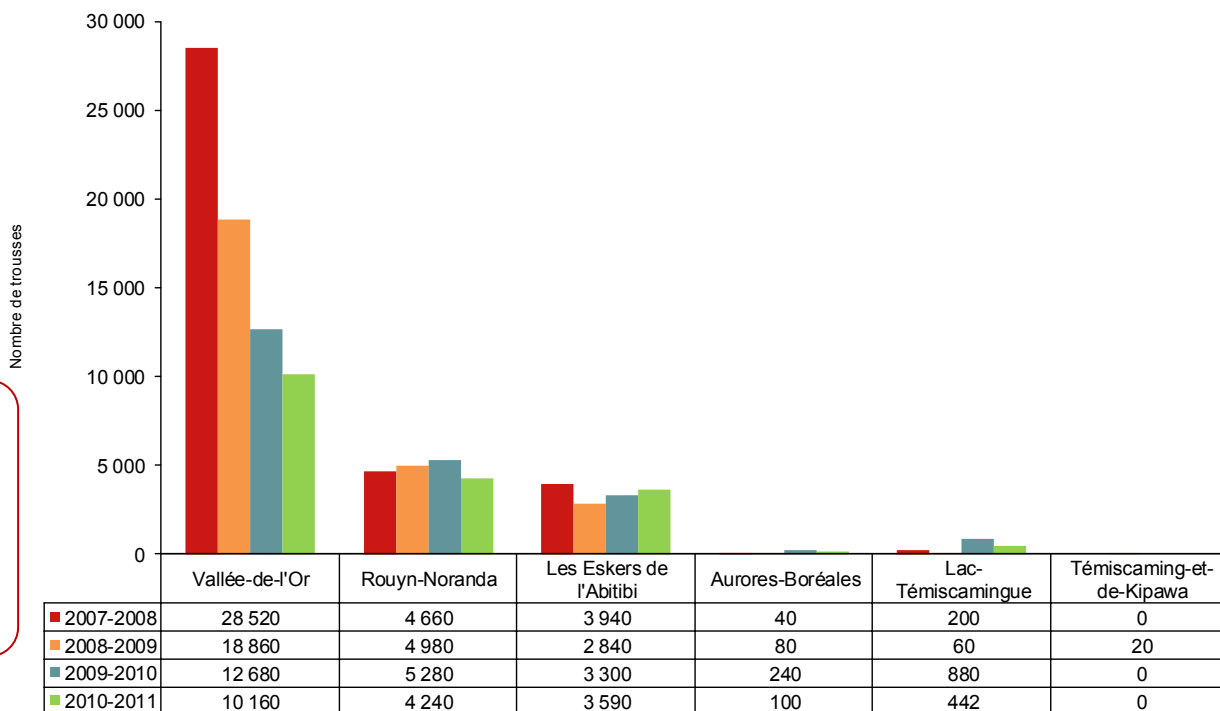
Enfin, l'analyse (voir figure 15) des troussees distribuées en fonction des territoires des CSSS indique que celui de la Vallée-de-l'Or reçoit la part du lion. En 2007-2008, 76 % des troussees étaient acheminées dans ce territoire. Et malgré une diminution de 64 % du nombre de troussees en quatre ans, la Vallée-de-l'Or en a tout de même reçu plus de la moitié (55 %) en 2010-2011. Suivent ensuite les territoires de Rouyn-Noranda et Les Eskers de l'Abitibi, où le nombre de troussees fluctue peu

selon les années. Dans le territoire du CSSS du Lac-Témiscamingue, même si en général le nombre de troussees s'avère moindre, il tend à varier selon les années, pouvant ainsi passer de 60 en 2008-2009 à 880 l'année suivante. En Abitibi-Ouest (CSSS des Aurores-Boréales), le nombre de troussees est peu élevé et relativement stable alors que dans le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa, la distribution est pratiquement inexistante.

Nombre de troussees expédiées selon les territoires des CSSS et l'année financière, 2007-2008 à 2010-2011

Figure 15

Source :
Direction de santé publique,
Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-



LA GONORRHÉE

Évolution de l'incidence

En Abitibi-Témiscamingue comme au Québec, les nouveaux cas de gonorrhée ont connu une augmentation importante, tout particulièrement depuis 2005. En effet, au Québec (données non illustrées), dans les années 1990, le taux annuel brut d'incidence a oscillé autour de 8 à 9 cas pour 100 000 personnes. Dans la première moitié des années 2000, il s'est situé

davantage autour de 12 cas pour 100 000. Par la suite, il a grimpé de façon marquée à chaque année, pour atteindre un sommet de 26 pour 100 000 en 2010, ce qui représente 2 060 cas déclarés. Bref, en cinq ans, le nombre de nouveaux cas a plus que doublé au Québec.

Taux annuel d'incidence de la gonorrhée, Abitibi-Témiscamingue, 1994 à 2010

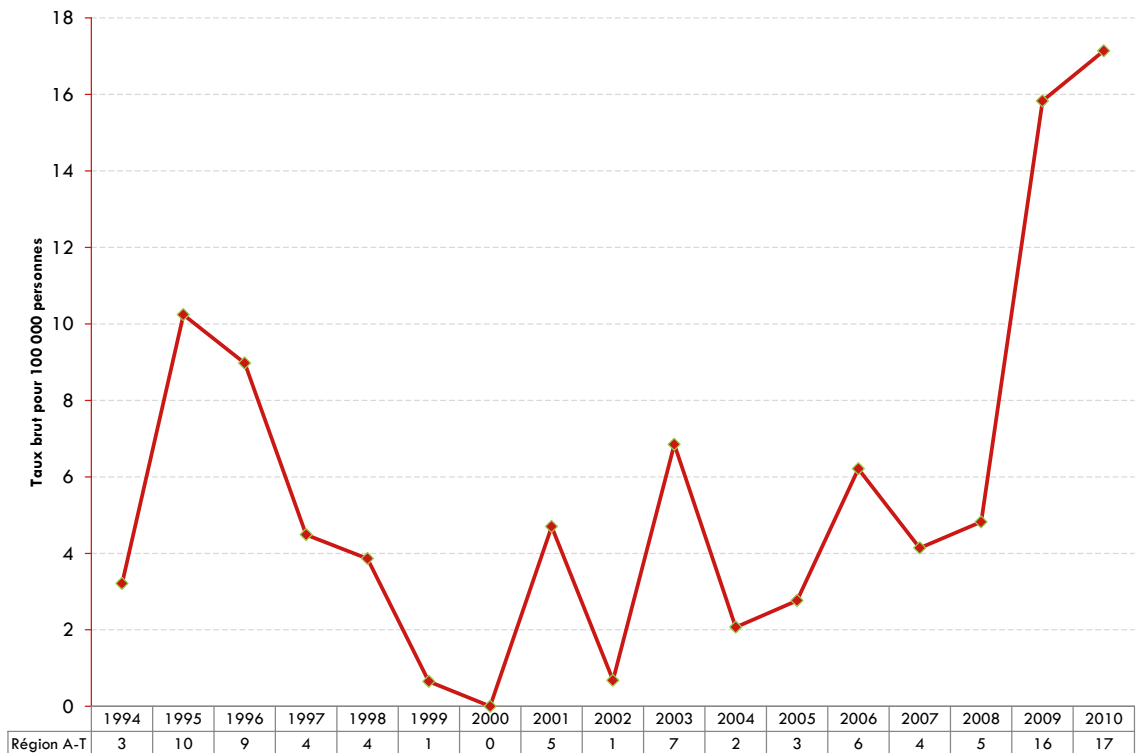


Figure 16

Source : Fichier des MADO, 1990 à 2010. Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimations de population produites en février 2011.

En Abitibi-Témiscamingue, le taux s'avère beaucoup plus variable que dans l'ensemble de la province en raison des petits nombres en cause sur le plan statistique. Néanmoins, il se dégage aussi une certaine tendance à la hausse depuis 2000, le taux atteignant

un sommet de 17 nouveaux cas pour 100 000 personnes en 2010. De 2004 à 2008, le nombre de nouveaux cas déclarés a oscillé de 3 à 9 annuellement dans la région. En 2009 et 2010, il s'est accru de façon importante pour se situer respectivement à 23 et 25.

Incidence selon l'âge et le sexe

Encore une fois, en raison des petits effectifs en cause sur la base du sexe et de l'âge, les taux d'incidence qui suivent doivent être interprétés avec prudence, même si le calcul est effectué avec des moyennes sur une période de cinq années afin d'accroître la taille des observations. En Abitibi-Témiscamingue, dans l'ensemble (voir figure 17), il apparaît que les taux d'incidence les plus élevés se concentrent chez les groupes d'âge les

plus jeunes : 46 nouveaux cas déclarés pour 100 000 personnes chez les 20 à 24 ans et 31 pour 100 000 chez les 25 à 29 ans. Il se situe à 21 pour 100 000 chez les 15 à 19 ans. Pour tous les autres groupes d'âge, les taux se situent en deçà de 20 pour 100 000. Ils s'avèrent entre autres très peu élevés chez les personnes de moins de 15 ans de même que chez celles de 40 ans et plus.

Taux annuel moyen d'incidence de la gonorrhée selon le sexe et l'âge, Abitibi-Témiscamingue, 2006 à 2010

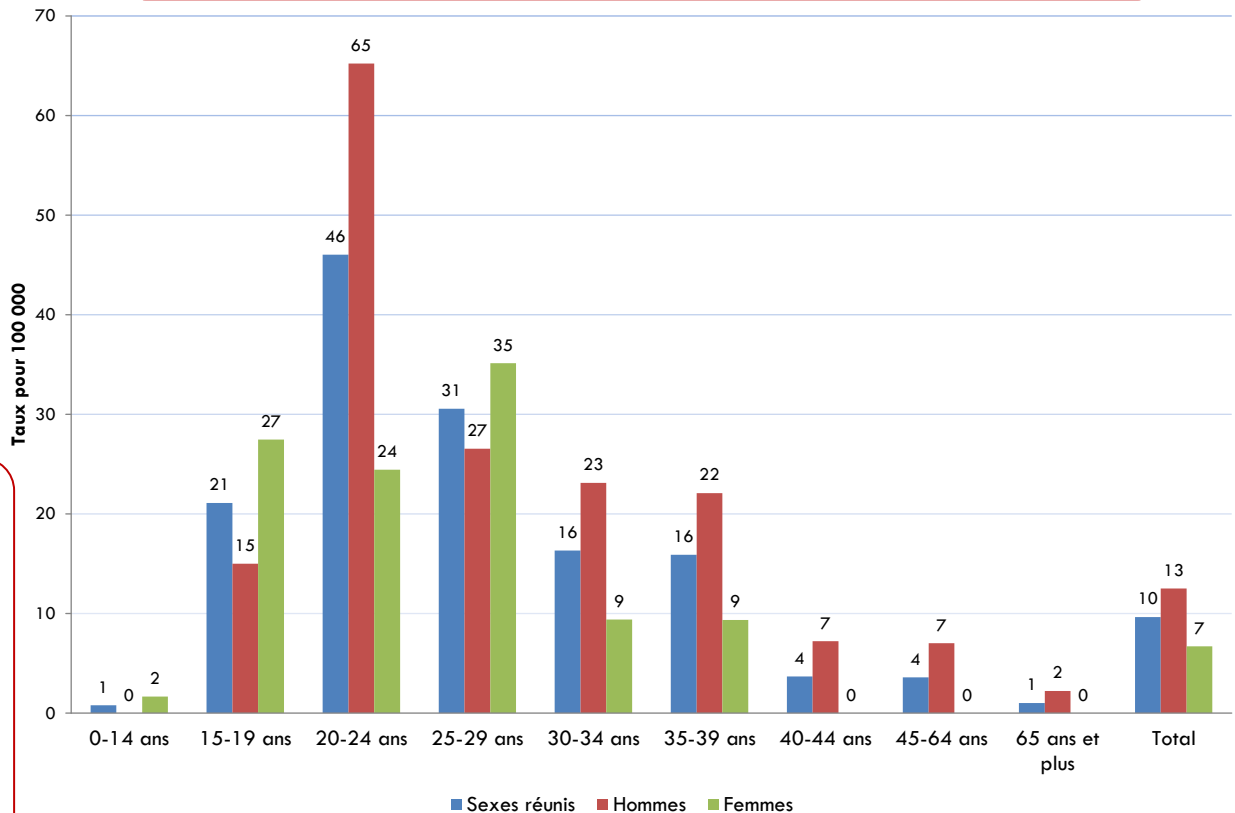


Figure 17

Source : Fichier des MADO, 2006 à 2010. Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimation de population produite pour l'année 2008 en février 2011.

Chez les hommes, la tendance est sensiblement la même, les taux les plus élevés étant observés chez ceux âgés de 20 à 24 ans (65 pour 100 000) et chez ceux de 25 à 29 ans (27 pour 100 000). Par contre, ils demeurent plus élevés chez ceux de 30 à 40 ans, autour de 23 pour 100 000, que chez ceux de 15 à 19 ans (15 pour 100 000). Chez les femmes, les taux les plus élevés se retrouvent chez celles âgées de 25 à 29 ans (35 pour 100 000), celles de 15 à 19 ans (27 pour 100 000) et enfin celles de 20 à 24 ans (24 pour 100 000).

Règle générale, les hommes ont un taux d'incidence plus élevé que les femmes, respectivement 13 cas pour 100 000 contre 7 pour 100 000. Cette différence s'observe également dans la plupart des groupes d'âge, à l'exception des personnes âgées de 15 à 19 ans (27 pour 100 000 femmes contre 15 pour 100 000 hommes) et celles de 25 à 29 ans (35 contre 27). Durant cette période, aucun cas n'a été déclaré chez les femmes de 40 ans et plus.

Situation dans les territoires des CSSS

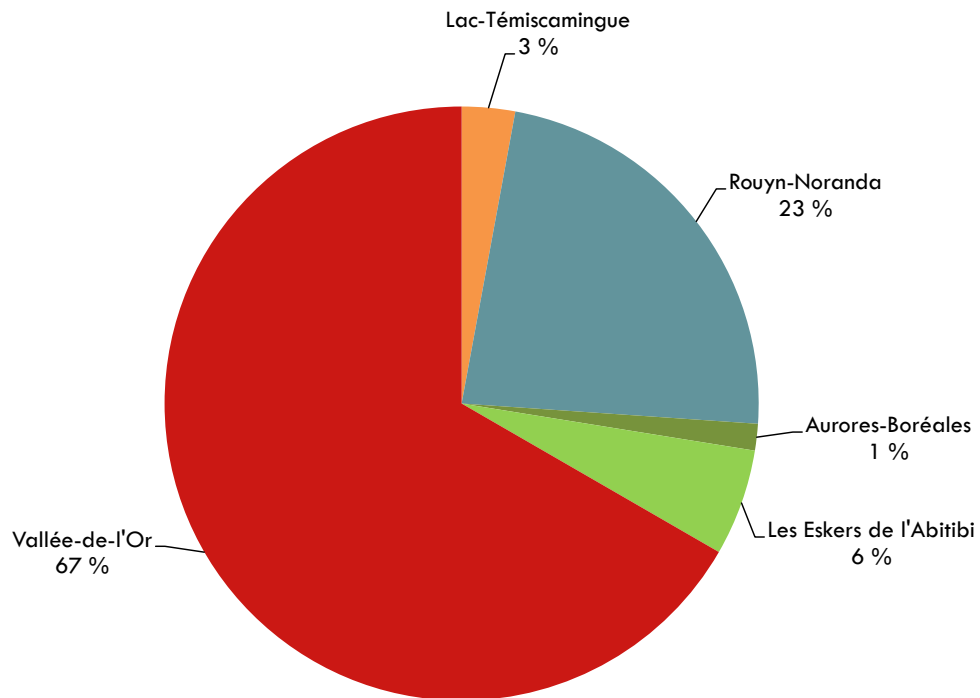
Comme pour l'hépatite C, il est peu pertinent ici d'analyser le nombre annuel moyen et le taux de cas déclarés de gonorrhée à l'échelle des territoires des CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue en raison des petits nombres en cause, c'est-à-dire un total régional de

70 cas pour les cinq dernières années, divisés entre six territoires. Toutefois, la répartition en pourcentage de ces cas offre une certaine idée de la situation (figure 18).

Répartition des cas déclarés de gonorrhée selon les territoires des CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue, 2006 à 2010

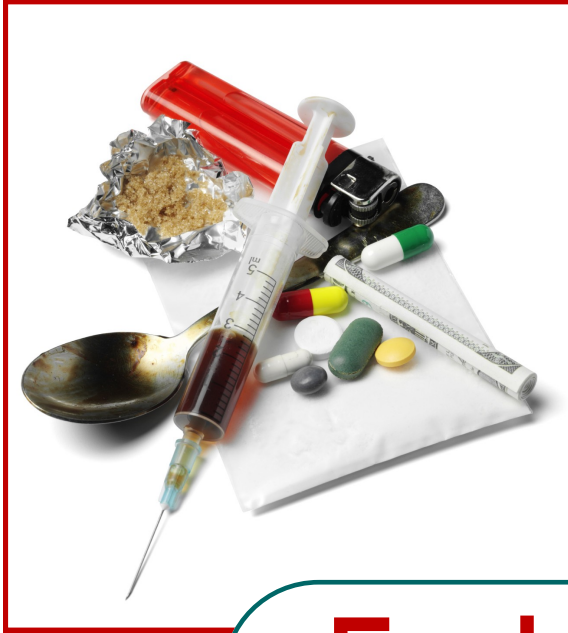
Figure 18

Source :
Fichier des MAD0,
2006 à 2010.



De 2006 à 2010, deux cas déclarés de gonorrhée sur trois (67 %) se retrouvent dans le territoire du CSSS de la Vallée-de-l'Or et près d'un sur quatre (23 %) dans celui de Rouyn-Noranda. À eux seuls, ces deux territoires comptent neuf cas déclarés sur dix dans la

région. Les Eskers de l'Abitibi (6 %), le territoire du Lac-Témiscamingue (3 %) et celui des Aurores-Boréales (1 %) ont très peu de cas. Enfin, aucun cas ne fut identifié dans le territoire du CSSS de Témiscamingue-et-de-Kipawa.



En bref



Chlamydie

- Augmentation depuis le début des années 2000 des nouveaux cas déclarés, autant en Abitibi-Témiscamingue que dans l'ensemble du Québec.
- Taux d'incidence plus élevé chez les femmes que chez les hommes dans la région comme dans la province.
- Taux également plus élevé chez les plus jeunes (15 à 24 ans).
- Toutes proportions gardées, davantage de nouveaux cas en Abitibi-Témiscamingue comparativement au Québec, dans l'ensemble et particulièrement chez les femmes.
- Taux d'incidence supérieur à celui du Québec dans les territoires des CSSS de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda ; par contre, des taux significativement plus faibles dans les territoires Les Eskers de l'Abitibi, celui des Aurores-Boréales et du Lac-Témiscamingue.

Hépatite C

- En excluant l'année 2010, légère tendance à la baisse des nouveaux cas déclarés depuis 2004 en Abitibi-Témiscamingue.
- Taux d'incidence un peu plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans la région, de même que chez les plus jeunes (25 à 29 ans) (tendance à interpréter avec prudence en raison des petits effectifs en cause sur le plan statistique).
- Taux d'incidence en Abitibi-Témiscamingue significativement supérieur à celui du Québec, dans l'ensemble et particulièrement chez les femmes.
- Répartition régionale des nouveaux cas selon les territoires des CSSS : deux cas sur cinq dans la Vallée-de-l'Or, un cas sur cinq à Rouyn-Noranda de même que dans le territoire Les Eskers de l'Abitibi.

VIH


- En moyenne, quatre personnes infectées par le VIH sont identifiées annuellement en Abitibi-Témiscamingue.
- Un suivi de 36 personnes infectées est effectué par la Clinique régionale de soins intégrés VIH/SIDA.

Consommation de drogues injectables


- Diminution du nombre de trousse expédiées dans les sites régionaux depuis trois ans, trousse procurant du matériel propre aux usagers de drogues injectables afin de réduire les risques de transmission des infections.
- Une majorité des trousse expédiées à un organisme communautaire dans le territoire du CSSS de la Vallée-de-l'Or.

Gonorrhée

- Accroissement important du nombre de cas déclarés depuis 2005, autant en Abitibi-Témiscamingue qu'au Québec.
- Un peu plus de cas déclarés chez les hommes que chez les femmes, surtout chez les jeunes adultes (20 à 29 ans) (tendance à interpréter avec prudence en raison des petits effectifs en cause sur le plan statistique).
- Deux cas sur trois recensés dans le territoire du CSSS de la Vallée-de-l'Or.



Les tendances à la hausse observées pour les nouveaux cas de chlamydie et de gonorrhée forcent à penser que des efforts soutenus devront être accentués dans les activités de prévention et de sensibilisation (notamment la promotion de l'utilisation du condom lors de relations sexuelles, de l'utilisation de seringues propres par les UDI, etc.), afin de freiner cette recrudescence. Les groupes les plus jeunes, notamment les jeunes adultes de 20 à 24 ans devront être ciblés par ces activités. L'emphase sur la prévention ne doit cependant pas se faire au détriment des activités de dépistage (notamment l'accès aux groupes les plus vulnérables) ainsi que du traitement et du suivi des personnes déjà infectées.



Agence de la santé
et des services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue

Québec 

www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

