

Novembre 2004

# INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT OU PAR LE SANG : APERÇU DE LA SITUATION EN ABITIBI-TEMISCAMINGUE EN 2004

## Sommaire

LA CHLAMYDIOSE .....	3
<i>Nombre de cas déclarés</i> .....	3
<i>Évolution de l'incidence</i> .....	5
<i>Incidence selon le sexe et l'âge</i> .....	6
<i>Comparaison avec le Québec</i> .....	8
<i>Incidence en Abitibi-Témiscamingue selon les territoires de réseaux locaux</i> .....	9
L'HEPATITE C.....	11
<i>Nombre de cas déclarés</i> .....	11
<i>Résultats des enquêtes épidémiologiques effectuées en 2003 et en 2004</i> .....	12
<i>Évolution de l'incidence</i> .....	12
<i>Incidence selon le sexe et l'âge</i> .....	13
<i>Incidence en Abitibi-Témiscamingue selon les territoires de réseaux locaux</i> .....	15
L'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (VIH).....	16
UN FACTEUR DE RISQUE PARTICULIER AU REGARD DE CERTAINES INFECTIONS : L'USAGE DE DROGUES INJECTABLES... 18	
<i>Le Programme E.S.S.A.I.S.</i> .....	18
<i>L'étude de séroprévalence chez les UDI (SurVUDI)</i> .....	22
EN RESUME... ..	24

Parmi l'ensemble des infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS), certaines sont répertoriées dans le système québécois des maladies à déclaration obligatoire (MADO) (à la suite de la confirmation d'un test de laboratoire positif) comme par exemple l'infection génitale par chlamydia trachomatis, la gonorrhée, l'hépatite B, l'hépatite C et la syphilis. Il est clair toutefois que le système MADO sous-estime l'ampleur réelle de ces infections puisque plusieurs sont asymptomatiques et que toutes les personnes à risque ne recourent pas systématiquement aux services de dépistage. S'ajoute à cela le fait que plusieurs infections telle celle au virus du papillome humain ou encore l'herpès génital sont exclues du système MADO et seraient largement répandues dans la population<sup>1</sup>. En dépit de toutes ces limites, l'analyse de données provenant du système MADO permet de situer l'ampleur et l'évolution de certaines infections. Elle permet également d'identifier les groupes les plus touchés afin d'orienter les interventions à mettre en place en vue de réduire l'incidence des ITSS.

Afin d'avoir un aperçu de la situation en Abitibi-Témiscamingue, il sera question ici de trois infections différentes : la chlamydie génitale qui constitue un bon indicateur puisqu'à elle seule, en 2001, elle représentait 40 % de toutes les MADO au Québec<sup>2</sup>; l'hépatite C et l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui se distinguent, quant à elles, par la gravité de leurs symptômes et leur caractère chronique. Une autre section portera par ailleurs sur l'usage de drogues injectables puisqu'il s'agit d'un facteur de risque important dans la transmission de certaines infections (comme l'hépatite C et le VIH) pour lequel nous disposons de quelques informations régionales et locales.

---

1. Monique IMBLEAU, *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. Orientations 2003-2009. Programme national de santé publique 2003-2012 – Document complémentaire*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2004, p. 18.

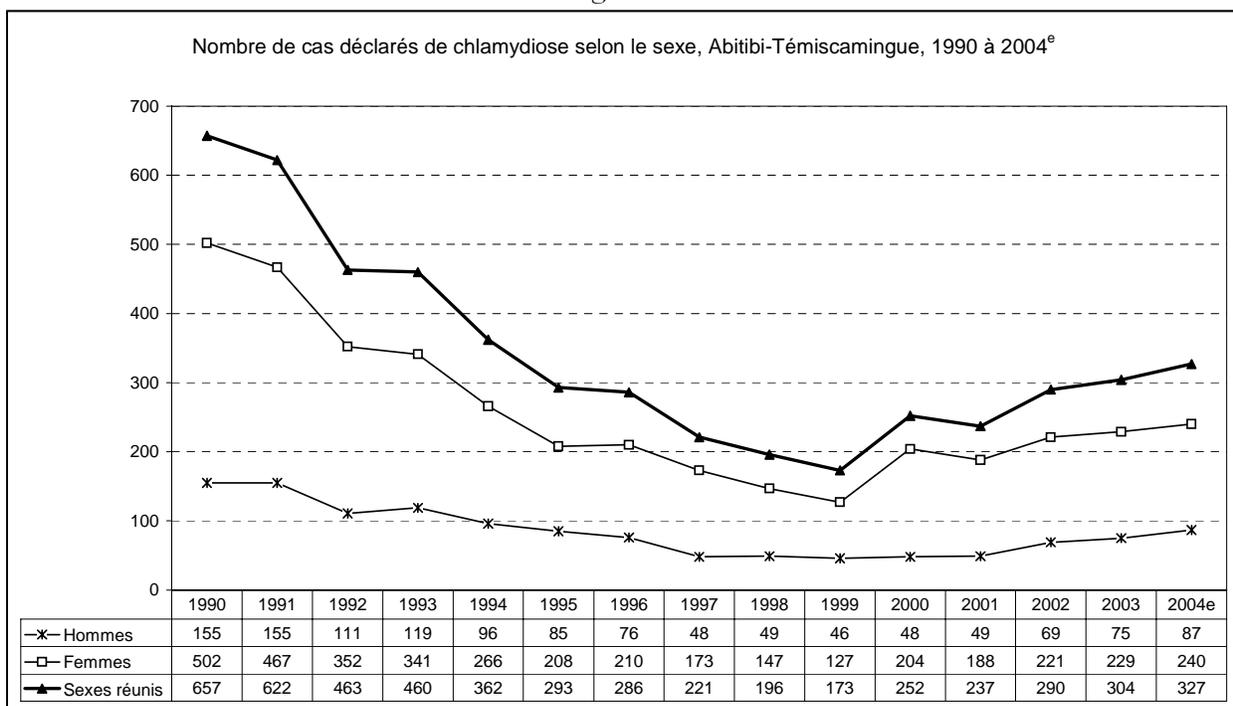
2. Loc. cit.

## LA CHLAMYDIOSE

### Nombre de cas déclarés

Comme l'illustre la figure 1, en Abitibi-Témiscamingue, le nombre de cas déclarés de chlamydie a connu, dans l'ensemble, une diminution très importante au cours de la décennie 90, passant de plus de 600 cas à moins de 200 en 1999. Toutefois, depuis l'année 2000 on observe une certaine recrudescence des infections à chlamydia et le nombre de cas déclarés augmente progressivement chaque année. En 2004, on estime ainsi atteindre près de 330 cas déclarés<sup>3</sup>.

Figure 1



<sup>e</sup> : Données estimées.

Source : Fichier des MAD0 (maladies à déclaration obligatoire).

On se doit de souligner ici que le nombre de cas déclarés dépend de l'accessibilité aux services, accessibilité qui peut avoir connu des fluctuations au cours de la période et qui peut différer dans la région selon les territoires de réseaux locaux (exemple : pénurie de médecins dans

3. Pour l'année 2004, le nombre total de cas déclarés de chlamydie n'est pas encore connu (l'année 2004 étant en cours) mais a été estimé à partir des données disponibles couvrant la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 19 juillet 2004. Un taux d'incidence a pu être également estimé pour cette même année.

certains territoires à un moment X). Il importe aussi de spécifier que les dernières années ont été marquées par une meilleure détection des cas en raison de l'utilisation de techniques diagnostiques plus performantes. Toutefois, il semble que ces améliorations ne peuvent expliquer à elles seules l'augmentation du nombre de cas<sup>4</sup>.

Le nombre de cas déclarés de chlamydie est nettement plus important chez les femmes que chez les hommes, le rapport étant souvent de trois cas chez les femmes contre un chez les hommes. À noter qu'il ne s'agit pas d'une particularité régionale, la situation étant la même à l'échelle du Québec. Comme le mentionne Imbleau (2004)<sup>5</sup>, cela s'explique probablement par le fait que les femmes consultent plus fréquemment un médecin, notamment pour la contraception, et ont donc plus facilement accès au dépistage. L'infection à chlamydia serait donc largement sous-estimée chez les hommes. Néanmoins, comme le montre la figure 1, en dépit des nombres déclarés différents, l'évolution chez les hommes et chez les femmes s'avère similaire : les années 90 sont marquées par une diminution puis on enregistre une remontée à partir de l'année 2000.

Une autre source de données, le programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS)<sup>6</sup>, montre qu'il y a dans la région presque autant d'hommes que de femmes bénéficiant du programme. Or, en Abitibi-Témiscamingue, plus de 90 % des cas traités via ce programme le sont pour la chlamydie. Ainsi, durant la période allant de 1998 à 2002, le nombre de bénéficiaires du programme a fluctué dans la région autour de 450 annuellement et les hommes y étaient représentés dans une proportion variant entre 47,2 % et 50,4 %. Au Québec, pour la même période, on recensait de 51,7 % à 53 % d'hommes bénéficiant du programme.

---

4. Monique IMBLEAU, op.cit., p. 19.

5. Ibid., p. 19.

6. Les ITS couvertes par le programme sont : l'infection à chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, le lymphogranulome vénérien, le granulome inguinal et le chancre mou.

L'écart observé entre les données du programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS et celles provenant du système MADO pour la chlamydie serait attribuable au fait que ce sont plus souvent les femmes qui viennent consulter, passer un test et sont dépistées mais qu'en profitant du programme de gratuité de médicaments, leur partenaire en bénéficie également. La sous-déclaration au système MADO pour les hommes s'expliquerait également par le fait que « le prélèvement urétral requis chez les hommes pour les tests de laboratoire étant mal accepté, le diagnostic de l'infection à chlamydie pour ces derniers se base souvent sur la présence de symptômes sans être confirmé par des tests de laboratoire »<sup>7</sup>, de ce fait ils ne sont pas inscrits au système MADO. Finalement, tout ceci amène à penser que la chlamydie est probablement aussi répandue chez les hommes que chez les femmes, dans la région comme au Québec.

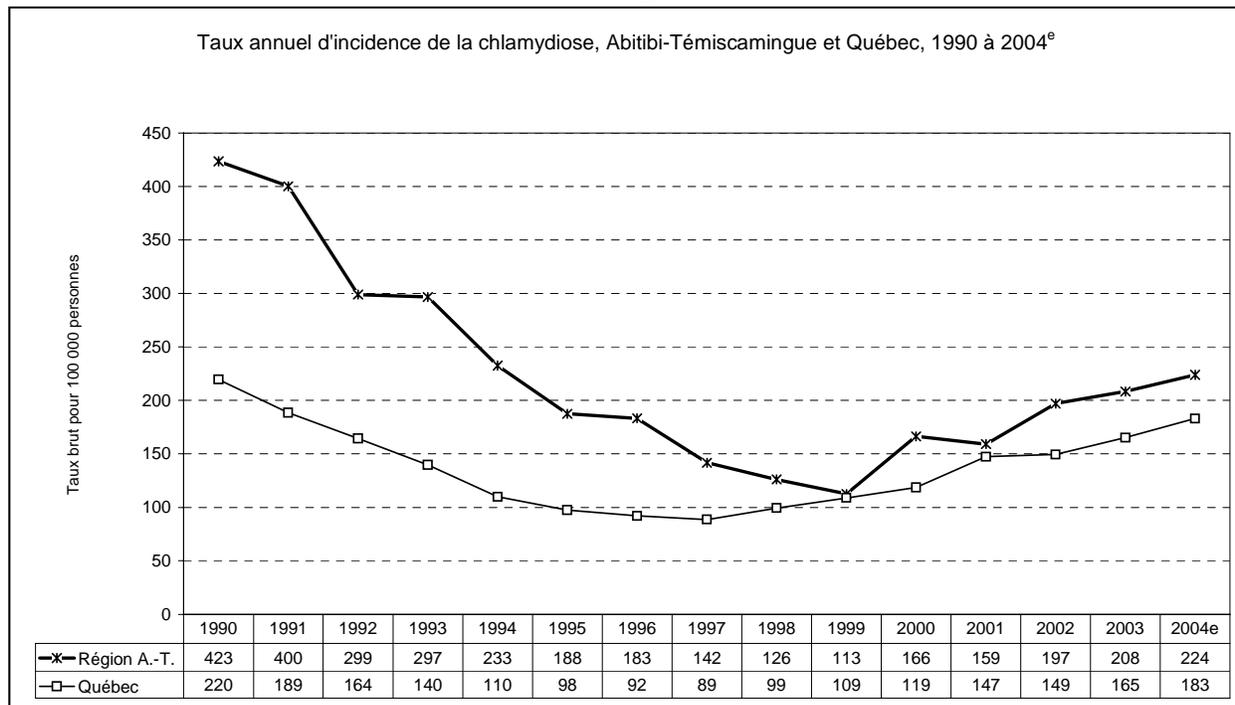
## Évolution de l'incidence

Le nombre de cas déclarés, au cours d'une année, rapporté à la population concernée, permet d'obtenir le taux brut d'incidence et d'estimer ainsi l'ampleur du phénomène. Dans la région, comme l'indique la figure 2, le taux d'incidence de la chlamydie a diminué de manière significative de 1990 à 1999, passant de 423 nouveaux cas pour 100 000 personnes à 113. Cependant, depuis l'année 2000, on observe une nette tendance à la hausse du taux d'incidence avec un taux d'accroissement moyen de l'ordre de 12,4 % au cours des trois dernières années. On estime ainsi qu'en 2004, le taux d'incidence de la chlamydie dans la région sera de l'ordre de 224 cas pour 100 000 personnes.

---

7. GROUPE SCIENTIFIQUE ITSS dirigé par Michel ALARY, *Évaluation du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement, de 1998 à 2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 2003, p. 20.

Figure 2



<sup>°</sup> : Données estimées.

Sources : Fichier des MADO (maladies à déclaration obligatoire).

Statistique Canada, estimations de population révisées en mars 2004.

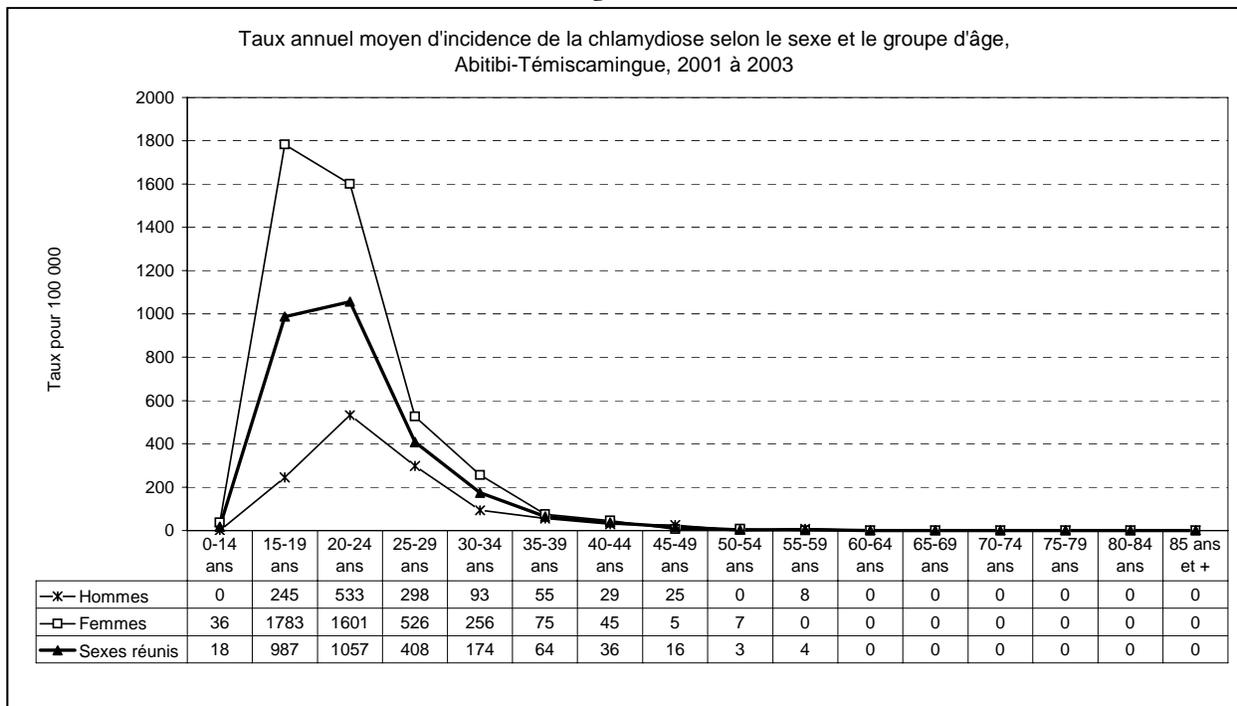
Au Québec, le taux d'incidence a diminué de 1990 à 1997 toutefois de manière moins prononcée qu'en Abitibi-Témiscamingue. Il est d'ailleurs beaucoup plus bas que le taux régional. Ainsi, de 220 nouveaux cas en 1990, il a diminué à 89 cas en 1997. La remontée du taux s'est néanmoins amorcée dès 1998 et n'a cessé depuis. De ce fait, on estime qu'en 2004, il atteindra environ 183 cas pour 100 000 personnes.

### Incidence selon le sexe et l'âge

Comme l'illustre la figure 3, en Abitibi-Témiscamingue, de 2001 à 2003, c'est parmi les jeunes de 15 à 24 ans qu'on a dépisté le plus de cas de chlamydie, situation d'ailleurs similaire à celle observée au Québec. Plus précisément, chez les filles, ce sont les 15 à 19 ans qui présentent le taux d'incidence le plus élevé, 1 783 cas déclarés pour 100 000, suivies de près par les 20 à 24 ans avec un taux de 1 601 cas. Chez les garçons, les

taux d'incidence sont dans l'ensemble nettement inférieurs. Ainsi, le taux le plus important est enregistré chez les 20-24 ans, 533 cas pour 100 000 hommes de cet âge et, au second rang, on retrouve les 25 à 29 ans avec un taux de 298 cas pour 100 000 puis les 15 à 19 ans avec un taux de 245 cas pour 100 000. Il importe de rappeler ici que l'écart dans les taux d'incidence entre les garçons et les filles est sans doute attribuable à la sous-déclaration importante observée parmi la population masculine.

Figure 3

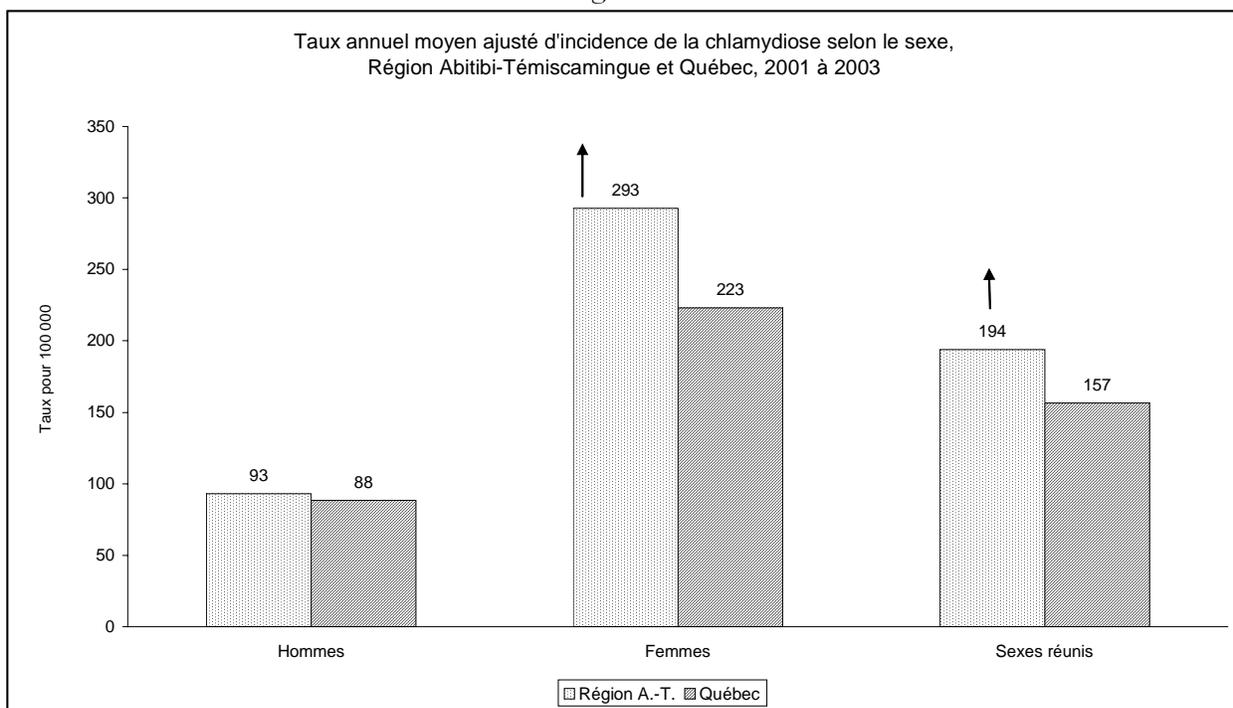


Sources : Fichier des MADO (maladies à déclaration obligatoire).  
Statistique Canada, estimations de population révisées en mars 2004.

## Comparaison avec le Québec

Les taux d'incidence ont été ajustés afin de pouvoir comparer la région et le Québec. Comme l'illustre la figure 4, il n'y a pas de différence pour ce qui est du taux d'incidence chez les hommes, il fluctue autour de 90 cas annuellement<sup>8</sup>. Par contre, la région se distingue de manière significative du Québec avec un taux d'incidence nettement supérieur chez les femmes, à savoir 293 cas pour 100 000 personnes comparé à 223 au Québec. Ceci explique également pourquoi la région affiche un taux d'incidence significativement supérieur à celui du Québec en ce qui concerne la population totale.

Figure 4



Note : La standardisation a été effectuée en prenant la population du Québec de 1996 comme population de référence.

↑ : Valeur significativement plus élevée que celle du Québec.

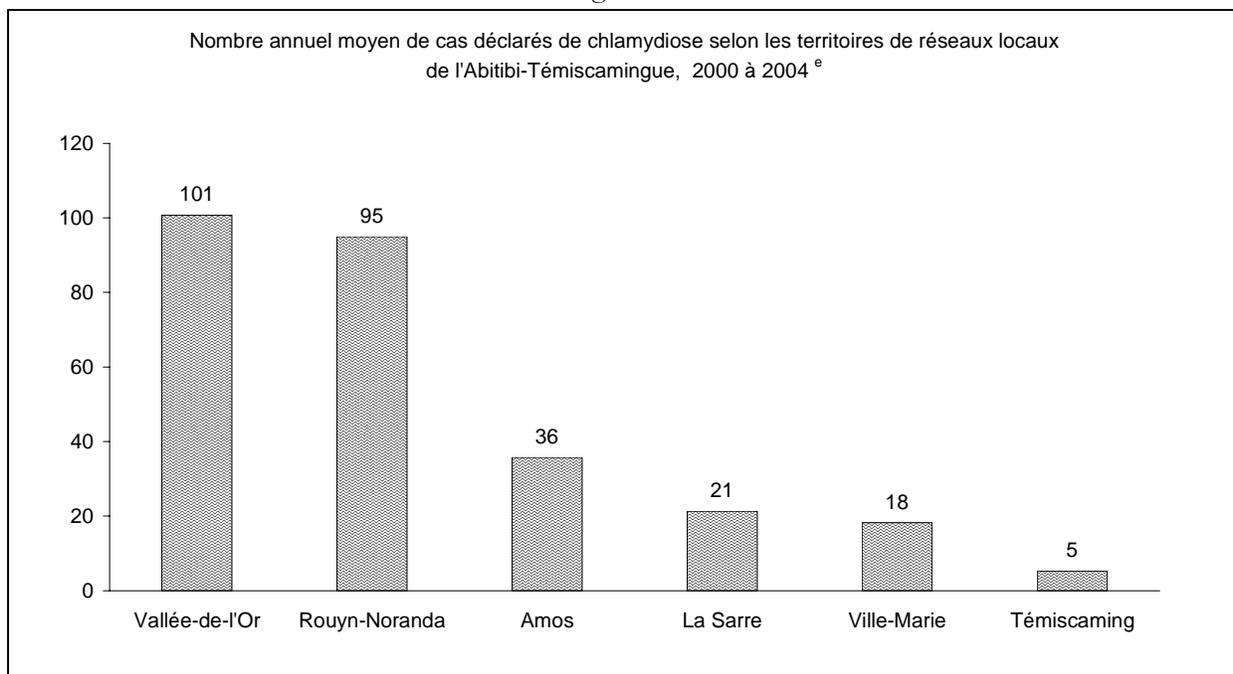
Sources : Fichier des MADDO (maladies à déclaration obligatoire).  
Statistique Canada, estimations de population révisées en mars 2004.

8. La sous-déclaration chez les hommes semble toucher autant la région que l'ensemble du Québec.

## Incidence en Abitibi-Témiscamingue selon les territoires de réseaux locaux

Comme le montre la figure 5, parmi les six réseaux locaux de la région, la Vallée-de-l'Or et Rouyn-Noranda se démarquent nettement avec en moyenne une centaine de cas de chlamydie déclarés annuellement. Amos arrive au 3<sup>e</sup> rang, avec une moyenne annuelle de 36 cas. Suivent ensuite La Sarre et Ville-Marie avec respectivement 21 et 18 cas rapportés en moyenne par année. Enfin, Témiscaming se présente comme le territoire ayant le plus petit nombre de cas, 5, ce qui s'explique entre autres par le fait qu'il est le moins peuplé.

Figure 5



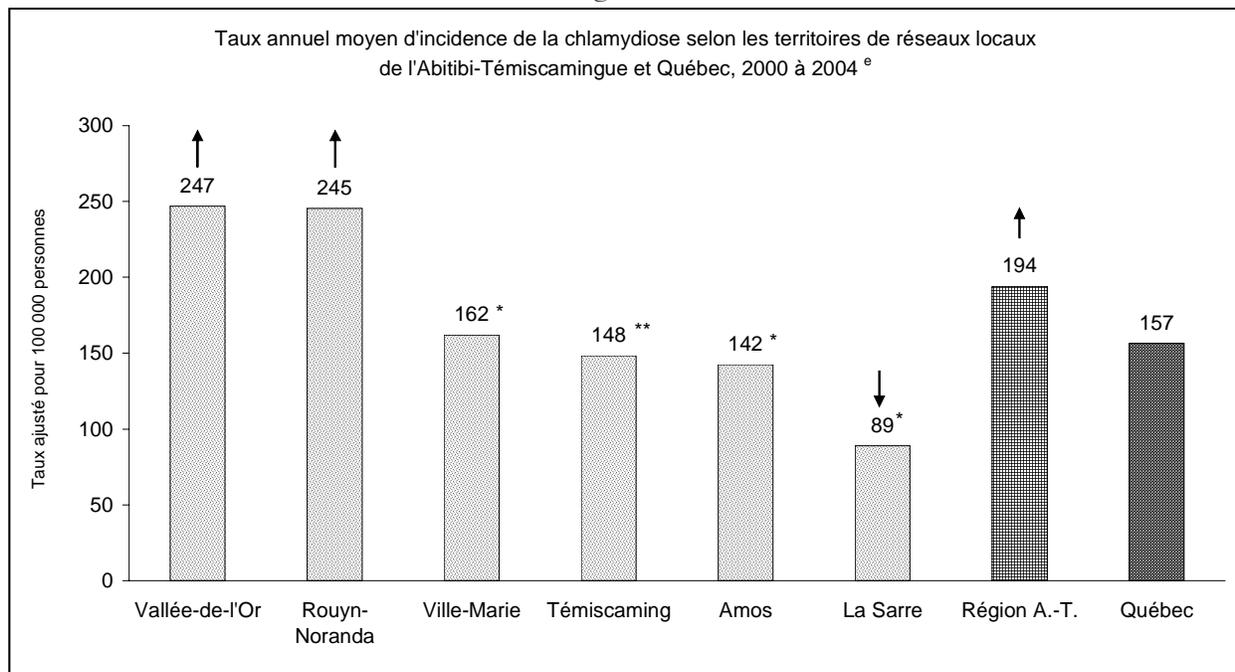
<sup>°</sup> : Données estimées.

Source : Fichier des MADO (maladies à déclaration obligatoire).

L'examen du taux annuel moyen d'incidence de la chlamydie dans chacun des réseaux locaux de l'Abitibi-Témiscamingue (figure 6) révèle que c'est la Vallée-de-l'Or qui affiche le taux le plus élevé, à savoir 247 cas pour 100 000 tandis que Rouyn-Noranda suit de près avec un taux de 245 cas. Ces deux taux se révèlent d'ailleurs significativement supérieurs à celui du Québec. Les quatre autres réseaux locaux soit, Ville-Marie, Témiscaming,

Amos et La Sarre, présentent des taux nettement plus bas qui varient entre 162 et 89 cas pour 100 000 personnes. Ces derniers sont toutefois d'une grande variabilité en raison des petits nombres en cause, ils doivent donc être interprétés avec prudence. Dans le cas de La Sarre, notons cependant que le taux s'avère significativement inférieur au taux québécois.

Figure 6



\* : Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

\*\* : Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

↑ : Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du Québec.

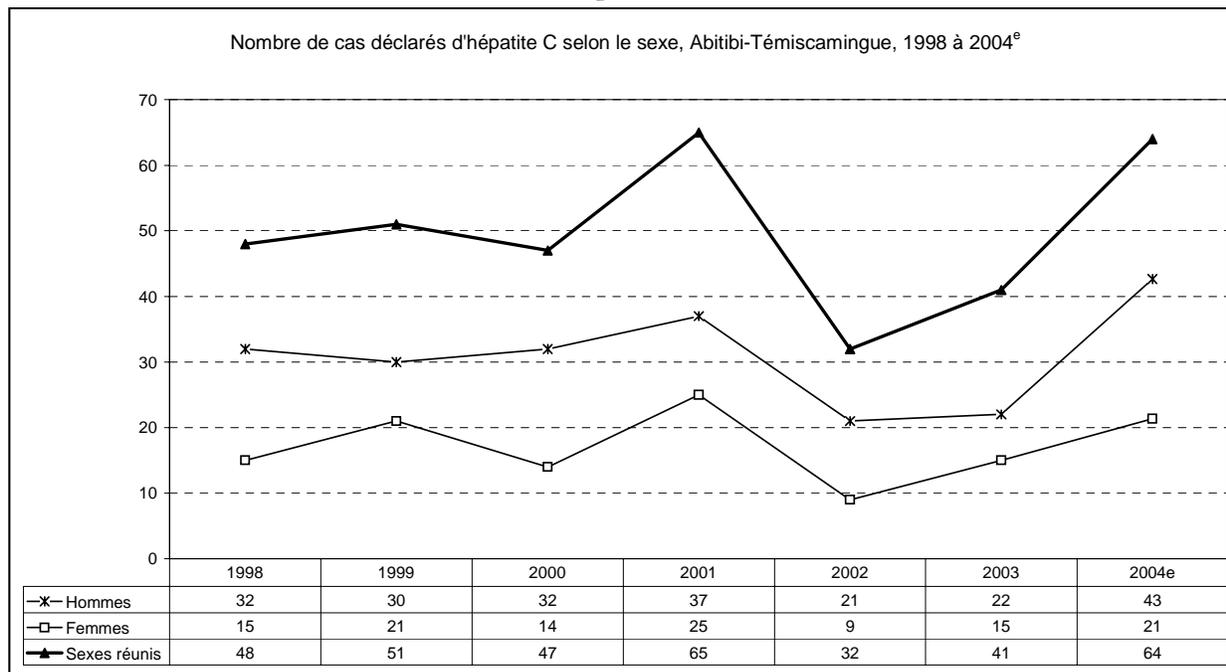
Sources : Fichier des MADDO (maladies à déclaration obligatoire).  
Statistique Canada, estimations de population révisées en mars 2004.

## L'HEPATITE C

### Nombre de cas déclarés

La figure 7 illustre le nombre de cas déclarés dans la région au cours de la période allant de 1998 à 2004<sup>9</sup>.

Figure 7



<sup>e</sup> : Données estimées.

Source : Fichier des MADO (maladies à déclaration obligatoire).

Alors que de 1998 à 2000, le nombre de cas déclarés d'hépatite C fluctue annuellement dans la région autour d'une cinquantaine, il augmente de façon marquée en 2001 pour atteindre un total de 65 cas. Ce nombre relativement élevé s'explique par le programme exceptionnel mis alors en place par le gouvernement du Québec pour retracer les personnes possiblement infectées lors d'une transfusion sanguine effectuée avant 1990. En 2002, le nombre de cas chute à 32 mais il remonte en 2003 et poursuit sur sa lancée en 2004. Compte tenu du nombre déclaré de janvier à

9. Comme pour la chlamydiose, en ce qui concerne l'année 2004, le nombre total de cas déclarés d'hépatite C n'est pas encore connu (l'année 2004 étant en cours) mais a été estimé à partir des données disponibles couvrant la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 4 octobre 2004. Un taux d'incidence a pu ainsi être également estimé pour cette même année.

octobre 2004, on s'attend à un total d'environ 64 cas pour l'année complète, ce qui traduit une augmentation marquée de la déclaration de cette infection.

Contrairement à la chlamydie, on observe davantage de cas déclarés d'hépatite C chez les hommes, le rapport étant généralement de deux cas chez les hommes contre un chez les femmes. Là aussi, il ne s'agit pas d'une particularité régionale puisque le même ratio est observé à l'échelle du Québec.

### **Résultats des enquêtes épidémiologiques effectuées en 2003 et en 2004**

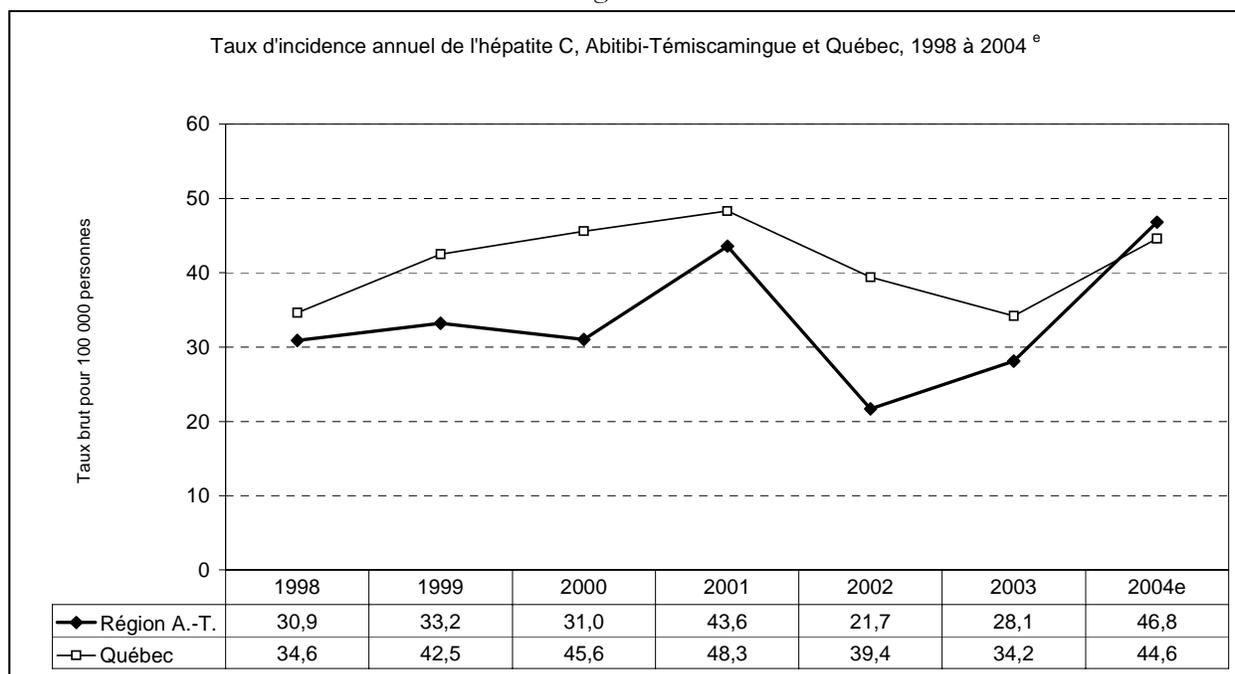
En Abitibi-Témiscamingue comme ailleurs au Québec, les personnes ayant reçu un diagnostic d'hépatite C à la suite d'un test déclaré positif en laboratoire font l'objet d'une enquête épidémiologique afin d'identifier, si possible, le ou les facteurs de risque en cause. Sur les 85 cas d'hépatite C confirmés dans la région de janvier 2003 à octobre 2004, 58 questionnaires ont été complétés. Ceux-ci révèlent que dans la très grande majorité des cas (49 cas sur 58), l'usage de drogues injectables est le principal facteur de risque en cause. L'autre facteur mentionné (8 cas sur 9) est l'usage de drogues par voie nasale. Il s'agit donc de données de toute première importance à considérer pour l'élaboration et la mise en place d'interventions préventives.

### **Évolution de l'incidence**

Comme l'indique la figure 8, de 1998 à 2004 le taux régional d'incidence de l'hépatite C a enregistré diverses fluctuations dont une augmentation importante en 2001, suivie d'une baisse significative en 2002, probablement en raison de la fin du programme gouvernemental de dépistage, puis des hausses à nouveau en 2003 et en 2004. Ainsi, alors qu'il était de 30,9 cas pour 100 000 personnes en 1998, on estime qu'il atteindra 46,8 en 2004, soit une hausse de 50 %.

Au Québec, la tendance apparaît relativement similaire à ce qu'on observe dans la région, les fluctuations du taux d'incidence se révèlent cependant moins marquées. De fait, le taux s'élevait à 24,0 en 1997, puis a augmenté constamment jusqu'en 2001 où il a atteint 48,3 cas pour 100 000. Il a diminué à 39,4 en 2002 et 34,2 en 2003 mais s'est accru à nouveau en 2004 et devrait se situer à la fin de l'année autour de 44,6 cas pour 100 000 personnes.

Figure 8



<sup>e</sup> : Données estimées.

Sources : Fichier des MADO (maladies à déclaration obligatoire).

Statistique Canada, estimations de population révisées en mars 2004.

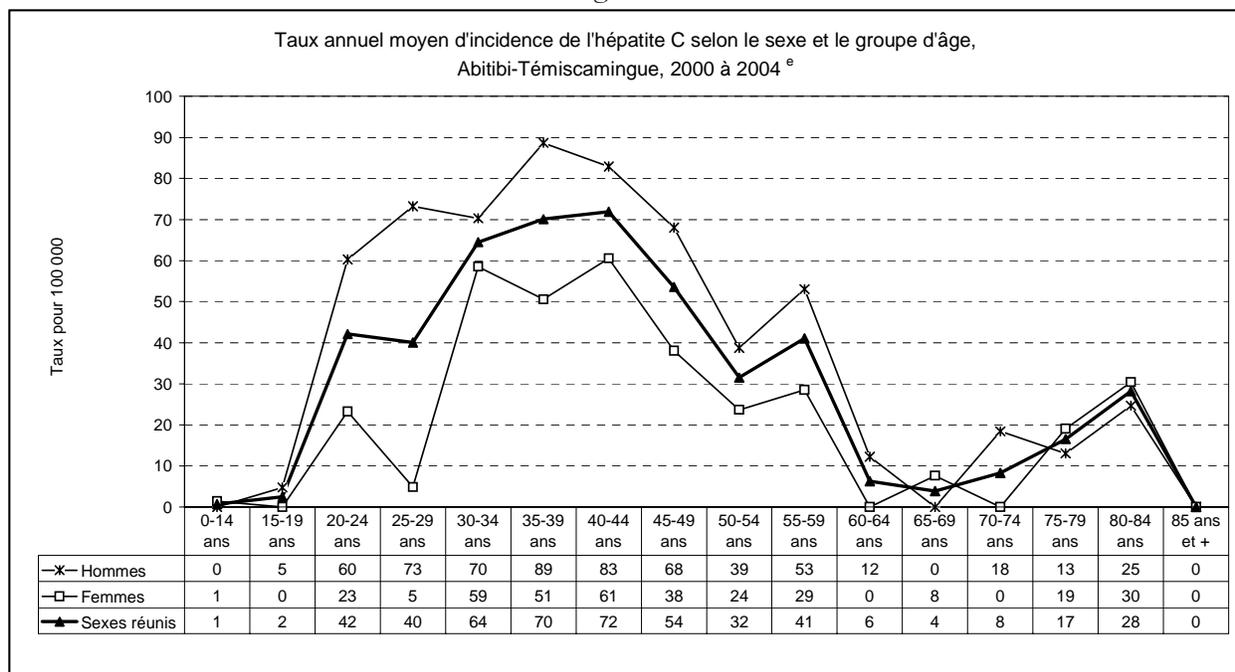
## Incidence selon le sexe et l'âge

Les taux d'incidence régionaux selon le sexe et l'âge doivent être considérés avec prudence compte tenu du fait qu'ils sont basés sur de très petits effectifs, même si les données ont été cumulées sur une période de cinq ans afin d'augmenter la taille des observations pour les diverses catégories.

Comme l'illustre bien la figure 9, c'est chez les adultes de 30 à 44 ans que l'incidence de l'hépatite C est la plus élevée, les taux avoisinant les 65 à 75 cas pour 100 000 personnes. Les courbes montrent bien également que l'incidence est plus importante chez les hommes que chez les femmes. Parmi la population masculine, les taux d'incidence les plus hauts varient entre 60 et 89 cas pour 100 000 et s'observent chez les hommes âgés de 20 à 44 ans. Du côté des femmes, les taux les plus élevés fluctuent autour de 60 cas pour 100 000 et se retrouvent chez celles âgées de 30 à 44 ans.

En dépit des petits nombres en cause dans la région, des tendances similaires sont observées à l'échelle du Québec, à savoir que les hommes semblent davantage touchés par l'hépatite C et que l'incidence la plus élevée se rapporte aux adultes de 30 à 49 ans<sup>10</sup>.

Figure 9



<sup>°</sup> : Données estimées.

Sources : Fichier des MADO (maladies à déclaration obligatoire).

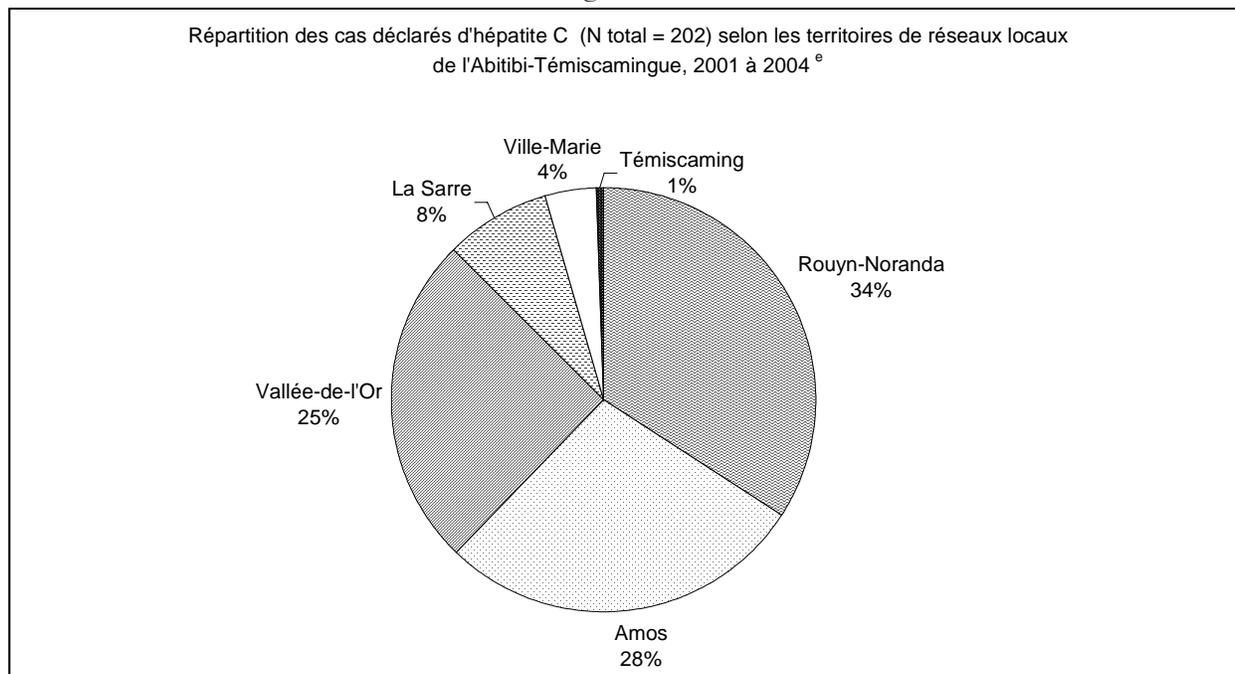
Statistique Canada, estimations de population révisées en mars 2004.

10. Bruno TURMEL, Sylvie VENNE, Louise MEUNIER, Sylfreed MINZUZA, Marie-Jeanne LORTIE, Raymond PARENT, *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de l'hépatite C, de l'infection par le VIH et le sida au Québec*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, décembre 2003, p. 18.

## Incidence en Abitibi-Témiscamingue selon les territoires de réseaux locaux

Il n'est pas possible d'analyser le nombre annuel moyen de cas d'hépatite C dans les différents territoires de réseaux locaux de la région en raison de la trop grande variabilité des données, attribuable à la petitesse des nombres en cause. L'examen de la répartition de l'ensemble des cas déclarés au cours de la période 2001 à 2004 s'avère néanmoins une alternative intéressante.

**Figure 10**



<sup>°</sup> : Données estimées.

Source : Fichier des MAD0 (maladies à déclaration obligatoire).

La figure 10 permet ainsi de constater que, dans la région, près de neuf cas sur dix d'hépatite C proviennent uniquement de trois secteurs, Rouyn-Noranda (34 %), Amos (28 %) et Vallée-de-l'Or (25 %) alors qu'en termes de population, on y retrouve 75 % des Témiscabitiens. Pour leur part, les secteurs de La Sarre, Ville-Marie et Témiscaming sont moins peuplés que les trois autres territoires puisqu'ils comptent le quart de la population régionale. Or on y dénombre peu de cas d'hépatite C, puisque ceux-ci représentent seulement 13 % de l'ensemble des cas de la région. On peut donc se

demander s'il s'agit d'un problème effectivement moins important dans ces secteurs ou si les résultats sont liés à l'accessibilité du dépistage.

## L'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)<sup>11</sup>

L'infection par le VIH est rendue à surveillance obligatoire au Québec par les médecins et les laboratoires depuis peu de temps, avril 2002. En effet, auparavant seul le sida était soumis à une déclaration obligatoire anonyme par les médecins. Toutefois, l'arrivée en 1996 de thérapies hautement efficaces a modifié l'évolution de la maladie en améliorant de façon importante la qualité de vie ainsi que la survie des personnes vivant avec le VIH. Conséquemment, une baisse importante du nombre de cas de sida diagnostiqués avait été observée mais cela ne permettait plus de suivre efficacement l'évolution épidémiologique de ce problème. Par ailleurs, depuis novembre 2003, une collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques s'est ajoutée au programme québécois de surveillance de l'infection par le VIH.

Un rapport présente donc certaines caractéristiques épidémiologiques des personnes ayant subi un test de dépistage du VIH qui s'est avéré positif depuis le 18 avril 2002 et pour lesquelles la collecte de renseignements épidémiologiques a été complétée en date du 30 juin 2004 (seuls les spécimens prélevés au cours de la première moitié de 2003 sont retenus ici)<sup>12</sup>. À noter cependant que cela ne représente ni la prévalence, ni l'incidence de l'infection par le VIH au Québec.

D'avril 2002 à juin 2004, au Québec, un total de 1 296 personnes ont été testées positives dont six cas en Abitibi-Témiscamingue. En raison de la petitesse des

---

11. La plupart des informations de cette section sont tirées du document suivant : Bruno TURMEL et al., *Surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec – Cas cumulatifs 2002-2004*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2004, 39 p.

12. Ibid., p. 3-4.

chiffres et de la confidentialité des données, il n'est pas possible d'identifier à l'échelle régionale le principal facteur d'exposition des cas recensés. L'analyse concernant l'ensemble des régions moins urbaines<sup>13</sup> révèle néanmoins qu'il s'agit très souvent d'hommes (39 cas sur 43) et que le principal facteur d'exposition dans ces régions est le fait d'être un usager de drogues injectables (UDI) ou d'être un homme ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. Ces deux facteurs caractérisent en effet plus des trois quarts des personnes infectées (36 sur 43).

D'autres données proviennent de la clinique régionale de soins intégrés en VIH-sida. Celles-ci indiquent qu'en août 2004, 34 personnes séropositives étaient suivies en Abitibi-Témiscamingue, parmi lesquelles les deux tiers étaient des hommes et un tiers des femmes. Par ailleurs, la moyenne d'âge des individus était de 42 ans. Parmi les principaux facteurs de risque identifiés chez les personnes prises en charge, l'usage de drogues injectables vient au premier rang puisque c'est le cas de plus du tiers d'entre elles (13 sur 34). On note également que près des trois quarts de ces UDI sont co-infectés par le virus de l'hépatite C. Au second rang des facteurs de risque, on recense les contacts homosexuels qui touchent un peu plus du tiers des personnes suivies (12 sur 34), puis les contacts hétérosexuels (6 sur 34) et les accidents transfusionnels (3 sur 34).

---

13. Il s'agit des régions suivantes : Bas Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Chaudière-Appalaches.

**UN FACTEUR DE RISQUE  
PARTICULIER AU REGARD  
DE CERTAINES  
INFECTIONS :  
L'USAGE DE DROGUES  
INJECTABLES**

Cerner l'ampleur de l'usage de drogues injectables s'avère une entreprise difficile puisque la plupart des substances utilisées sont illicites et leur vente prohibée. L'injection de drogues est un phénomène plutôt caché, effectué souvent discrètement à l'abri des regards publics. Un des problèmes auxquels sont confrontés les UDI est cependant la transmission de certaines infections comme l'hépatite B, l'hépatite C et le VIH, via le partage ou l'échange de matériel d'injection souillé. Pour limiter ou empêcher la propagation de ces infections chez les UDI, différents programmes ont été mis sur pied au Québec au début des années 90, programmes qui consistent principalement à mettre gratuitement à la disposition des UDI du matériel d'injection propre et stérile. En Abitibi-Témiscamingue, il s'agit du programme E.S.S.A.I.S. (Échanges de Seringues, Services d'Aide et d'Information sur le Sida) qui est présenté dans les pages qui suivent. De fait, l'analyse de certaines caractéristiques du programme donne un aperçu de l'ampleur du problème des drogues injectables en Abitibi-Témiscamingue. Par la suite, quelques informations sur l'étude de séroprévalence chez les UDI permettent de situer la prévalence du VIH dans cette population particulière.

**Le Programme  
E.S.S.A.I.S.**

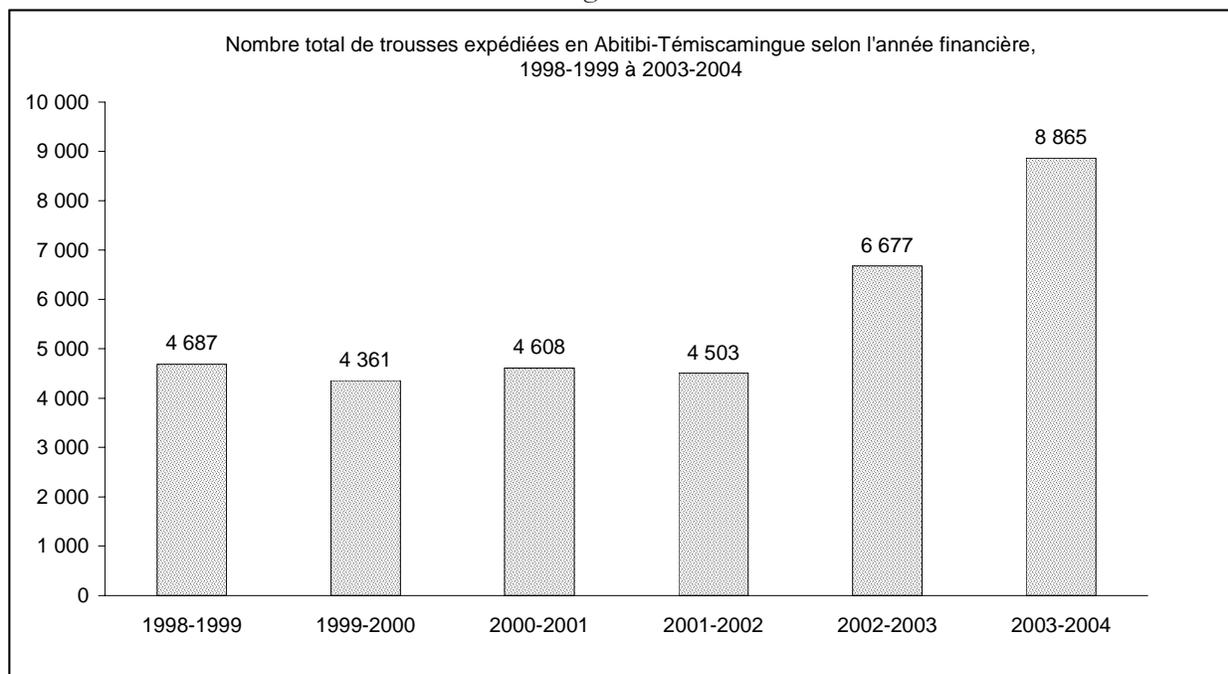
Ce programme d'échange de seringues pour les UDI est implanté en Abitibi-Témiscamingue depuis 1993. Il permet à ceux-ci de se procurer individuellement et gratuitement des seringues ou encore des trousses<sup>14</sup> comprenant elles-mêmes plusieurs seringues afin d'éviter le partage de matériel d'injection souillé et de là la transmission d'infections comme l'hépatite C, le VIH, etc. En 2004, la région compte un réseau de 35 sites d'échanges distribués dans les six territoires de réseaux locaux, de façon inégale toutefois puisqu'un tiers de ceux-ci se retrouve dans la Vallée-de-l'Or. À cela s'ajoutent plusieurs

---

14. En fait, jusqu'au 15 décembre 2003, chaque trousse comptait deux seringues et deux condoms mais depuis le 16 décembre 2003 on retrouve dans chacune : quatre seringues, quatre sécuricups, quatre ampoules d'eau, quatre tampons d'alcool et trois condoms.

travailleurs de rue, répartis dans différentes villes de la région, qui peuvent également distribuer des trousseaux aux UDI.

Figure 11



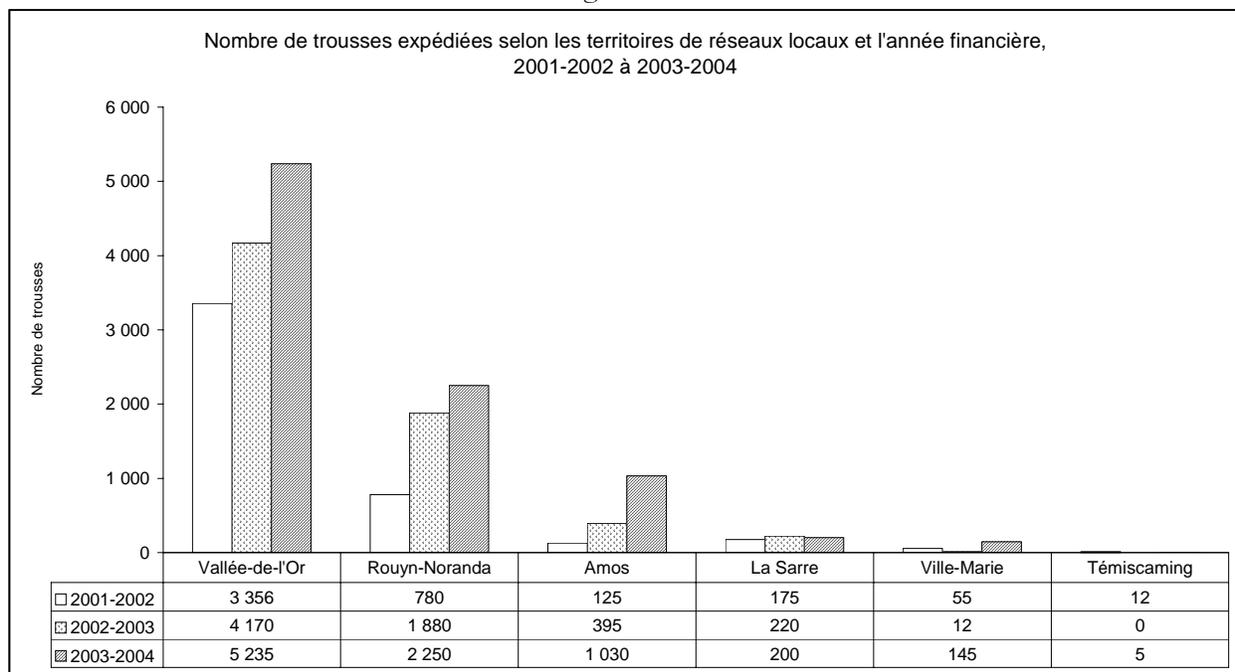
Source : Direction de santé publique, Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Le bilan annuel du nombre de trousseaux expédiés dans les différents sites permet d'apprécier l'évolution du programme dans la région. La figure 11 qui indique le nombre de trousseaux expédiés au cours des six dernières années, révèle que de 1998-1999 à 2001-2002 celui-ci est demeuré relativement stable, fluctuant autour de 4 500 par année. Cependant, en 2002-2003, on a enregistré une hausse très importante du nombre de trousseaux expédiés, ce dernier étant passé à 6 677, soit 48 % de plus que l'année précédente. La même tendance s'observe à nouveau en 2003-2004 où l'augmentation s'avère de 33 % comparée à la période antérieure, pour un total de 8 865 trousseaux. Bien que quelques sites d'échanges se soient ajoutés au cours des deux dernières années, quatre en 2002-2003 et deux en 2003-2004,

ils ne peuvent expliquer totalement les hausses observées, aussi des questionnements demeurent, à savoir :

- Y a-t-il des changements dans les habitudes de consommation des usagers de drogues injectables?
- Est-ce le signe d'une recrudescence de cette clientèle dans la région?
- Cela s'explique-t-il simplement du fait que le programme est mieux connu de la clientèle des UDI?

**Figure 12**



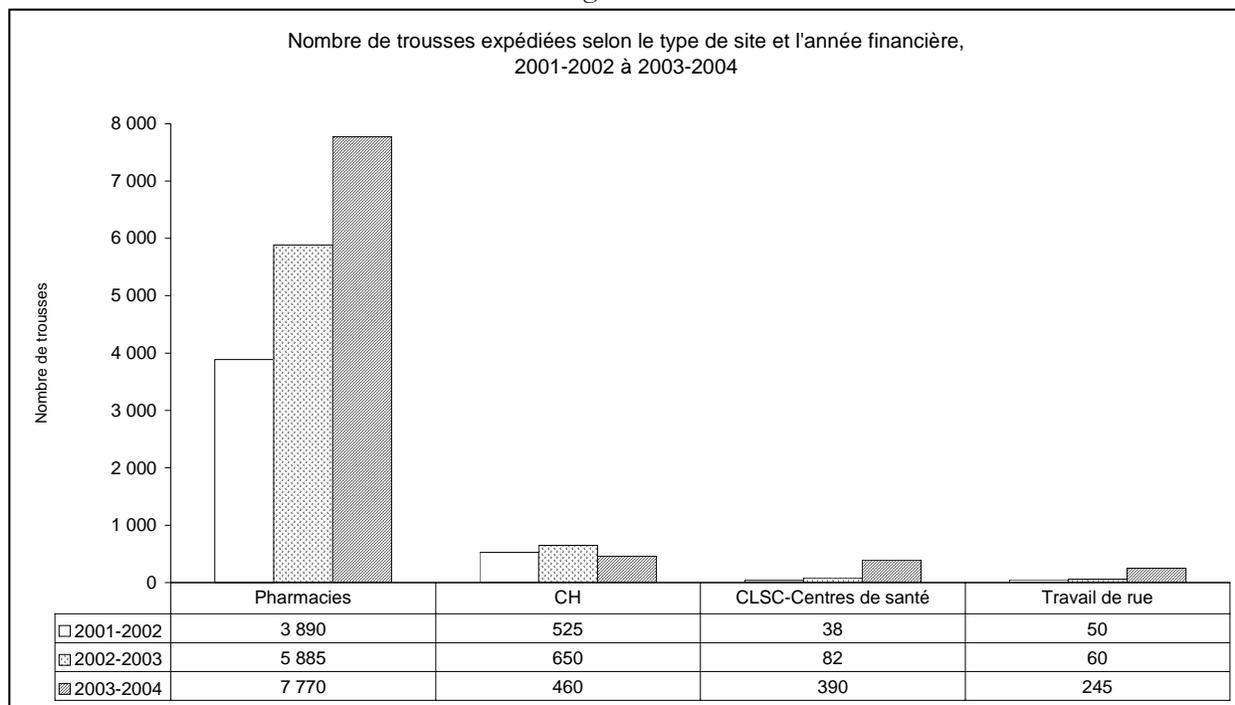
Source : Direction de santé publique, Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

L'examen du nombre de troussees envoyées dans les différents réseaux locaux de la région au cours des trois dernières années (figure 12) illustre bien les écarts existants entre les divers territoires. La Vallée-de-l'Or se démarque nettement des autres avec le nombre le plus élevé de troussees expédiées, et ce, pour les trois années. Rouyn-Noranda arrive au deuxième rang, suivie par Amos en troisième. Quant aux secteurs de La Sarre, Ville-Marie et Témiscaming, il semble que le phénomène des UDI y

demeure marginal, le nombre de trousses expédiées demeurant relativement restreint. Il est cependant possible que ce dernier résultat s'explique du fait qu'il s'agit de « petits milieux » et que les UDI hésitent à s'adresser aux sites de distribution.

La figure 12 met par ailleurs en évidence des hausses significatives survenues dans la Vallée-de-l'Or, à Rouyn-Noranda et à Amos, au cours des deux dernières années. Dans ce dernier cas, on peut remarquer que le nombre de trousses a presque triplé chaque année, témoignant ainsi de besoins de plus en plus importants dans ce secteur, peut-être parce que le programme est mieux connu et mieux accepté.

Figure 13



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

Parmi les différents types de sites d'échange de seringues, on retrouve en région essentiellement des pharmacies privées, les hôpitaux (CH) via les salles

d'urgence et les CLSC ou centres de santé. Les travailleurs de rue offrent également le service toutefois dans ce cas, on ne peut parler de site fixe puisque ce sont eux qui se déplacent pour rencontrer les personnes dans la rue. La figure 13 montre que la plupart des troussees sont envoyées dans les pharmacies et que celles-ci sont les sites privilégiés d'échange en Abitibi-Témiscamingue. L'achalandage semble d'ailleurs avoir augmenté d'année en année dans les pharmacies puisque la demande pour les troussees n'a cessé de progresser au cours des trois dernières années. Bien que cette façon de faire semble bien fonctionner, elle comporte ses limites. En effet, il est difficile pour les pharmaciens de fournir de l'enseignement et de l'éducation aux UDI sur le non-partage de matériel d'injection comme le font les sites importants de distribution en milieu urbain (exemple : CACTUS à Montréal) qui comportent des intervenants spécifiquement formés et rémunérés pour cela. De ce fait, bon nombre d'UDI continuent en région à partager leurs seringues, alors que dans les grands centres urbains ils semblent mettre davantage en pratique les principes de non-partage du matériel d'injection<sup>15</sup>.

### L'étude de séroprévalence chez les UDI (SurvUDI)

Depuis 1995, la région de l'Abitibi-Témiscamingue participe à une étude provinciale de surveillance de la prévalence et de l'incidence du VIH chez les UDI. Conséquemment, chaque année, un certain nombre d'UDI, recrutés dans les sites d'échange de matériel d'injection, remplissent un questionnaire portant principalement sur leurs habitudes d'injection de drogues et leurs comportements sexuels et fournissent un échantillon de salive pour un test de dépistage du VIH<sup>16</sup>.

---

15. Carole MORISSETTE, Raymond PARENT, Michel ALARY, Élise ROY et le groupe d'étude SurvUDI, *Transmission du VIH : Incidence et tendances dans la prise de risque chez les utilisateurs de drogue par injection du réseau SurvUDI 1995-2002*, Institut national de santé publique du Québec, Présentation PowerPoint faite en 2003.

16. À noter que depuis 2003, le dépistage du virus de l'hépatite C s'est ajouté à celui du VIH.

De 1995 à 2003, sur un échantillon total de 13 459 UDI, 190 (1,4 % de l'échantillon) provenaient de l'Abitibi-Témiscamingue. La compilation des résultats<sup>17</sup> a révélé que la prévalence du VIH chez les UDI était de 14,9 % au Québec; dans la région, cette proportion est inférieure puisque 5,9 % des UDI testés pour le VIH ont obtenu un résultat positif. L'étude a par ailleurs démontré que la prévalence du VIH chez les UDI était en augmentation depuis 1995 mais que l'incidence, tout en étant encore trop élevée, diminuait. En outre, elle a aussi révélé que le fait d'emprunter des seringues souillées était une pratique en voie de diminution sauf toutefois dans les régions semi-urbaines comme l'Abitibi-Témiscamingue. Parmi les différents types de drogues consommées par les UDI, la cocaïne est de loin la plus populaire puisque 88 % d'entre eux rapportent s'être injectés avec ce produit; l'héroïne et le PCP arrivent au 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> rang toutefois leur consommation est nettement moins répandue, respectivement 6 % et 2 %. Par ailleurs, des « informations provenant du programme E.S.S.A.I.S. ainsi que des enquêtes épidémiologiques auprès des cas d'hépatite C confirment ces données et ajoutent le Dilaudid et d'autres opioïdes parmi les substances consommées. Il s'agit de produits habituellement très contrôlés, mais qui se retrouvent depuis quelque temps dans la rue »<sup>18</sup>.

---

17. Carole MORISSETTE, Raymond PARENT, Michel ALARY, Élise ROY et le groupe d'étude SurvUDI, op. cit.

18. Ghislaine BÉCHAMP, Nicole BOUCHARD, Chantal BOULÉ, Pauline CLERMONT, *Le contaminant*, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, novembre 2003, p. 2.

**En résumé...**

Même s'il ne couvre pas l'ensemble des ITSS, le système québécois des MADO donne une mesure de l'ampleur de celles-ci. Trois infections ont été retenues ici à titre d'indicateurs d'une situation plus globale : la chlamydie, l'hépatite C et l'infection par le VIH.

En Abitibi-Témiscamingue comme au Québec, le nombre de cas déclarés de chlamydie a connu une diminution importante au cours de la décennie 90. Cependant, depuis l'année 2000, la tendance s'est inversée et on observe une remontée progressive et constante du nombre de cas déclarés. Bien que ces infections soient nettement plus déclarées chez les femmes que chez les hommes, des données provenant du programme de gratuité des médicaments pour traiter les ITS confirment qu'on retrouve à peu près autant d'hommes que de femmes parmi les bénéficiaires. Le problème résiderait donc davantage dans le fait que les hommes consultent moins et ne sont pas testés systématiquement. C'est parmi les jeunes de 15-24 ans qu'on dépiste le plus de cas de chlamydie, et particulièrement les jeunes filles de ce groupe d'âge. Dans la région, les territoires de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda se démarquent avec des taux d'incidence de la chlamydie nettement supérieurs à ceux du Québec. Cela explique probablement pourquoi l'ensemble de l'Abitibi-Témiscamingue affiche également un taux d'incidence supérieur au taux québécois.

En ce qui concerne l'hépatite C, l'incidence serait en hausse en 2003 ainsi qu'en 2004 en Abitibi-Témiscamingue. De façon générale, l'hépatite C apparaît davantage déclarée chez les hommes et les adultes de 20 à 44 ans. Les secteurs particulièrement touchés sont ceux de Rouyn-Noranda, Amos et la Vallée-de-l'Or qui à eux trois cumulent la très grande majorité des cas déclarés au cours des dernières années. Enfin, les enquêtes épidémiologiques menées auprès des cas confirmés de la région révèlent que l'usage de drogues

injectables et l'usage de drogues par voie nasale sont les principaux facteurs de risque observés en Abitibi-Témiscamingue.

L'infection par le VIH est à surveillance obligatoire depuis avril 2002. Ainsi, d'avril 2002 à juin 2004, six cas ont été recensés en Abitibi-Témiscamingue. On doit par ailleurs mentionner qu'en août 2004, plus d'une trentaine de personnes séropositives étaient suivies par la clinique régionale de soins intégrés VIH-sida. Il semble que dans des régions moins urbaines comme l'Abitibi-Témiscamingue, les principaux facteurs d'exposition pour le VIH sont le fait d'être un usager de drogues injectables (UDI) ou le fait d'être un homme ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. Néanmoins, la clientèle de la clinique régionale ne se compose pas uniquement d'hommes, les femmes y représentent le tiers des personnes suivies.

En ce qui a trait aux UDI, il est clair que ces populations sont vulnérables aux infections transmissibles par le sang en partageant ou en échangeant du matériel d'injection souillé. En mettant à leur disposition du matériel stérile, le programme E.S.S.A.I.S. vise avant tout à limiter ou à empêcher la propagation d'infections comme l'hépatite C ou le VIH. Le nombre de trousses expédiées dans la région donne ainsi un aperçu de l'ampleur du problème des drogues injectables. Pendant plusieurs années, ce nombre s'est avéré relativement stable cependant depuis 2002-2003, on constate qu'il a augmenté de façon importante, ayant presque doublé en deux ans. Le secteur de la Vallée-de-l'Or apparaît comme celui où l'usage des drogues injectables est le plus répandu puisque plus de la moitié des trousses de la région y sont expédiées. Rouyn-Noranda suit avec cependant un nombre de trousses moitié moins élevé, puis Amos où le problème s'accroît d'année en année. À noter que ces trois secteurs ont enregistré des hausses au cours des dernières années. Dans la région, bien que les trousses soient disponibles

dans l'ensemble des centres hospitaliers (salles d'urgence), dans les CLSC ou centres de santé ou auprès des travailleurs de rue, ce sont les pharmacies privées qui constituent les lieux privilégiés par les UDI pour l'obtention de matériel d'injection puisque près de neuf troussees sur dix y sont acheminées. Ce mode de distribution semble bien convenir aux UDI, la demande continuant de s'accroître d'année en année. Il comporte néanmoins des limites car à la différence de sites spécialisés comme CACTUS à Montréal, il est difficile aux pharmaciens de fournir de l'enseignement et de l'éducation sur le non-partage de matériel d'injection. Certains résultats de l'étude de séroprévalence chez les UDI à laquelle participe la région depuis 1995 montrent ainsi que le partage de matériel d'injection souillé est une pratique en voie de diminution sauf dans les régions moins urbaines comme l'Abitibi-Témiscamingue où peu de changements sont observés. Néanmoins, le taux de prévalence du VIH chez les UDI s'avère moins élevé dans la région qu'à Montréal, 5,9 % comparé à 14,9 %.

Ces quelques informations sur la situation régionale témoignent encore plus que jamais de la nécessité d'intervenir pour renforcer les comportements sécuritaires, prévenir la chaîne de transmission des ITS et répondre aux besoins des personnes vivant avec le virus de l'hépatite C (VHC) ou le VIH. Plus précisément, « en prévention, il importe de renouveler les messages, diversifier les stratégies, les adapter aux réalités des groupes vulnérables tels les jeunes adultes et les UDI et travailler de concert avec les intervenantes et les intervenants en toxicomanie. En ce qui concerne les soins et services, les efforts doivent se poursuivre pour le dépistage du VIH, du VHC et des autres ITS. L'implantation de services intégrés de dépistage et de prévention dans chacun des territoires de réseaux locaux est un moyen efficace pour améliorer l'accès et rejoindre les personnes vulnérables aux ITSS. En outre, il importe de continuer à promouvoir le programme québécois de

gratuité des médicaments pour le traitement des ITS. Enfin, il faut assurer la prise en charge optimale des personnes atteintes du VIH-sida, répondre aux besoins croissants des personnes infectées par le VHC, améliorer l'accès aux services psychosociaux dans la région pour ces clientèles et développer l'accès au traitement à la méthadone avec une équipe multidisciplinaire formée en la matière »<sup>19</sup>.

---

19. Tiré et adapté de : Ghislaine BÉCHAMP, Nicole BOUCHARD, Chantal BOULÉ, Pauline CLERMONT, *Le contaminant*, Volume 13, no 10, novembre 2003, p. 4.



**Direction de santé publique**

*Analyse et rédaction*

Sylvie Bellot, *agente de recherche*  
sylvie\_bellot@ssss.gouv.qc.ca

*Collaboration*

Marie-Claire Lacasse, *médecin-conseil*  
Équipe du Module maladies transmissibles

*Mise en page*

Josée Carrier

ISBN : 2-89391-235-4

Dépôt légal – 4<sup>e</sup> trimestre 2004

Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada

*Autres fascicules disponibles :*

- s Un aperçu de la mortalité par suicide en Abitibi-Témiscamingue (décembre 2002);
- s Le diabète en Abitibi-Témiscamingue : un aperçu de la situation en 1999-2000 (juin 2003);
- s La mortalité par maladies pulmonaires obstructives chroniques en Abitibi-Témiscamingue : un aperçu de la situation en 1999 (septembre 2003);
- s La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en Abitibi-Témiscamingue : un aperçu de la situation en 1999 (novembre 2003);
- s Les prestataires de l'assistance-emploi : un aperçu de la situation en Abitibi-Témiscamingue en 2003 (janvier 2004);
- s L'usage du tabac en Abitibi-Témiscamingue en 2000-2001 (avril 2004);
- s La consommation d'alcool en Abitibi-Témiscamingue en 2000-2001 (juin 2004).

*Pour obtenir un exemplaire :*

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue  
1, 9<sup>e</sup> Rue, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9  
Téléphone : (819) 764-3264, poste 49209

Télécopieur : (819) 797-1947

*Pour un exemplaire électronique :* josee\_carrier@ssss.gouv.qc.ca

Agence  
de développement  
de réseaux locaux  
de services de santé  
et de services sociaux

Québec  
Abitibi-  
Témiscamingue

