

PORTRAIT
DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT
ET PAR LE SANG (ITSS)
AU QUÉBEC
ANNÉE 2006 (ET PROJECTIONS 2007)



S A N T É P U B L I Q U E



COLLECTION

analyses et surveillance

32

**PORTRAIT
DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT
ET PAR LE SANG (ITSS)
AU QUÉBEC
ANNÉE 2006 (ET PROJECTIONS 2007)**

*Santé
et Services sociaux*

Québec



Réalisation :

Gilles Lambert, médecin-conseil
Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux

France Markowski, agente de planification, de programmation et de recherche
Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylfreed Minzunza, analyste en programmation
Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux

Linda Rozon, secrétaire
Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux

Les premières éditions du *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)* au Québec ont été conçues par Bruno Turmel et Sylvie Venne, médecins-conseils au Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Édition produite par :

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

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-550-51581-4 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-51582-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2008

REMERCIEMENTS

Nous remercions les cliniciens ainsi que le personnel des laboratoires de microbiologie, des centres de santé et de services sociaux et des directions régionales de santé publique pour leur contribution à la qualité de la déclaration des maladies à déclaration obligatoire.

Nous remercions également toutes les personnes qui ont participé soit aux enquêtes de vigie accrue, soit aux programmes spécifiques de surveillance, soit aux études épidémiologiques dont proviennent les données qui ont permis de dresser ce portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Les sources de données sont présentées à la fin du document.

L'expression infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS) a aujourd'hui supplanté dans l'usage celle de maladie transmise sexuellement (MTS) car elle est plus inclusive (elle comprend les infections asymptomatiques et certaines infections qui se transmettent par le sang).

ITSS rares et ITSS très fréquentes

Le chancre mou et le granulome inguinal font partie des maladies à déclaration obligatoire (MADO) mais ces infections sont plutôt rares (sept cas de chancre mou et un cas de granulome inguinal ont été déclarés au Québec entre 1990 et 2006). Par ailleurs, l'herpès génital et l'infection par le virus du papillome humain (VPH) sont très fréquentes mais ne font pas partie des MADO. Le présent portrait ne traite donc pas spécifiquement de ces quatre ITSS.

Notes méthodologiques

Les notes ci-dessous s'appliquent aux cas d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) déclarés au fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) du Québec. En ce qui concerne les données provenant d'études épidémiologiques particulières, on peut consulter la section « Méthodologie » de chacun des rapports afférents. Les sources des données sont mentionnées au bas de tous les tableaux et figures.

Détection des cas

Les données présentées ici se rapportent à des cas d'infection ayant été détectés et déclarés. Or, la plupart des ITSS sont fréquemment asymptomatiques, donc non détectées et non déclarées. Conséquemment, l'analyse des cas déclarés ne rend compte que d'une partie des infections contractées par la population québécoise et de la distribution de celles-ci. Par exemple, la prévalence de la chlamydie serait similaire chez les hommes et les femmes. Toutefois, comme ces dernières sont plus régulièrement en contact avec le système de santé, elles sont plus susceptibles d'être dépistées et, de ce fait, d'être surreprésentées parmi l'ensemble des cas déclarés.

- L'accessibilité culturelle, géographique ou financière au dépistage ainsi que le recours au dépistage et au diagnostic influencent donc le nombre et les caractéristiques des cas déclarés.
- Le nombre des cas déclarés est également déterminé par la sensibilité (proportion des personnes infectées qui seront identifiées par le test) et la spécificité (proportion des personnes identifiées comme infectées par le test et qui le sont vraiment) des tests utilisés pour détecter l'infection (ou encore, des critères de définition nosologique utilisés pour reconnaître un cas au point de vue de l'épidémiologie).
- Enfin, l'exhaustivité des déclarations des cas diagnostiqués ainsi que la classification des cas déclarés selon les définitions nosologiques en vigueur peuvent varier selon la quantité des ressources humaines affectées à ces processus.

Anciens ou nouveaux cas

Les infections sont comptabilisées au registre MADO dans la période au cours de laquelle elles ont été déclarées la première fois, mais elles ont pu être contractées bien avant ; il est difficile d'établir le moment d'acquisition. Dans le cadre de ce portrait, l'incidence annuelle (survenue de nouveaux cas au cours de l'année) repose sur la fréquence de nouvelles déclarations et non sur la fréquence de nouvelles infections.

Date d'extraction des données

Les données relatives à l'âge, au sexe, à la région de résidence et à la date d'épisode ont été extraites du fichier MADO dépersonnalisé du Laboratoire de santé publique du Québec en date du 10 octobre 2007. Les processus complémentaires de validation ont pu nécessiter des changements ou des mises à jour dans les données, d'où de possibles modifications des nombres.

Projections 2007

Les projections pour l'année 2007 (nombre de cas) reposent sur le nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes CDC de l'année (une année comptant 13 périodes de 4 semaines chacune), soit du 1^{er} janvier au 8 septembre 2007 et déclarés au fichier MADO au 10 octobre 2007.

Calcul des taux

Les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux sont ceux diffusés par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Pour la période 2002-2007, il s'agit des projections démographiques reposant sur les données du recensement 2001 mises à jour en janvier 2005. Pour les années 2001, 1996 et 1991, il s'agit des données de recensement, corrigées en fonction du sous-dénombrement. Pour toutes les autres années antérieures à 2001, il s'agit d'estimations intercensitaires.

Tous les taux sont calculés pour 100 000 personnes, sauf indication contraire. Il faut interpréter avec prudence les taux calculés à partir d'un petit nombre de cas ou d'un petit effectif de population.

Facteurs d'exposition

Un certain nombre d'ITSS font l'objet, sur une base ponctuelle ou continue, d'une vigie accrue. Un formulaire d'enquête, dont le contenu porte notamment sur les facteurs d'exposition (temps, lieu, personne, contexte), est alors rempli pour chaque cas déclaré. Les informations sont obtenues auprès du médecin qui a demandé le test ou encore auprès de la personne chez qui l'ITSS a été diagnostiquée.

Faits Saillants

Les données actuelles sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) montrent soit la confirmation d'un nouveau cycle haussier (infection gonococcique), soit le repli en 2007 d'éclosions explosives jusqu'alors (syphilis, lymphogranulomatose vénérienne), soit une stabilisation à un niveau élevé (chlamydie, infection par le VIH, hépatite B), soit une tendance à la baisse (hépatite C).

Les cas de chlamydie se comptent par milliers chaque année.

- Le nombre de cas de chlamydie déclarés a doublé entre 1997 et 2004. Depuis 2005, il demeure stable tant chez les hommes que chez les femmes, quel que soit le groupe d'âge. Les femmes constituent près des trois quarts des cas.
- Cette infection est très répandue dans tout le Québec, particulièrement chez les jeunes âgés entre 15 et 24 ans (72 % des cas féminins et 49 % des cas masculins sont dans ce groupe d'âge). Chaque année, une chlamydie est déclarée chez 1,4 % des jeunes filles de ce groupe d'âge.
- Une étude réalisée en 2000 a révélé que la prévalence de la chlamydie était de 6,6 % chez des jeunes de la rue (7,2 % chez les garçons et 5,1 % chez les filles).
- Les populations autochtones des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik regroupées connaissent un taux de 11 fois supérieur au taux moyen de l'ensemble des autres régions du Québec.

Amorcé en 2005, un nouveau cycle haussier de l'infection gonococcique se confirme en 2006 et en 2007.

- L'augmentation du nombre de cas déclarés entre 2004 et 2007 (+ 68 %) est 3,5 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes ; elle est particulièrement importante chez les femmes âgées entre 15 et 19 ans (+ 250 %). Les hommes sont toujours majoritaires, mais en 2006 les femmes constituent 29 % des cas (49 % des cas dans le groupe d'âge 15-24 ans), comparativement à 18 % en 2004.
- Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) représentent plus de la moitié des cas masculins (60 %).
- Le taux constaté dans la région de Montréal est quatre fois plus élevé que celui du reste de la province (39 par 100 000 versus 9 par 100 000).
- Les populations autochtones des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik regroupées affichent un taux de 18 fois supérieur à celui de l'ensemble des autres régions.

Tout en ayant doublé entre 2005 et 2006, le nombre de cas de lymphogranulomatose vénérienne affiche une baisse majeure depuis la fin de l'été 2006.

- Selon les projections basées sur les neuf premières périodes de l'année, on enregistrera en 2007 trois cas de cette « nouvelle » ITSS dont l'arrivée avait marqué l'année 2004. Un tel recul (44 cas avaient été déclarés en 2006) est également signalé ailleurs au Canada et en Europe. La situation demeure instable et nécessite toujours une attention particulière.
- Tous les cas déclarés depuis le début de l'éclosion se rapportent à des HARSAH.

L'hépatite B se maintient à un niveau élevé malgré la disparition progressive des cas aigus.

- Chaque année, environ 1 000 nouveaux cas d'hépatite B (de stade aigu, chronique ou non précisé) sont diagnostiqués.

- L'hépatite B aiguë diminue progressivement depuis une quinzaine d'années, le taux brut de cas déclarés ayant régressé de 90 % entre 1990 et 2006. Cette situation s'explique sans doute en partie par l'implantation, en 1994, du programme universel de vaccination offert en 4^e année du primaire, de même que par l'augmentation considérable de la vaccination gratuite au sein de groupes à risque.
- L'enregistrement constant de cas chroniques (et de stade non précisé) est lié au bassin probablement important de personnes qui ont contracté l'infection dans le passé (y compris les nouveaux arrivants au Québec) et chez qui on pose maintenant le diagnostic.

Le nombre de cas déclarés d'hépatite C poursuit sa descente mais l'épidémie n'est pas sous contrôle chez les personnes utilisant des drogues par injection.

- La baisse de l'hépatite C (de l'ordre de 20 % entre 2004 et 2006) est en partie le reflet d'un certain épuisement du rattrapage des déclarations antérieures consécutif à l'implantation de nouvelles modalités de déclaration en 2002.
- Actuellement, la plupart des infections sont reliées à l'utilisation de drogues par injection. Près des deux tiers (62 %) de l'ensemble des utilisateurs de drogues par injection (UDI) québécois (et 80 % des UDI âgés de 40 ans ou plus) sont infectés par le virus de l'hépatite C. On estime que chaque année, un peu plus du quart des UDI non infectés contractent l'hépatite C.

Après six années d'un rythme rapide de croissance, la syphilis infectieuse fléchit enfin.

- Le nombre de cas de syphilis infectieuse est passé d'environ un par mois en 2001 à un par jour en 2006, revenant ainsi à son niveau de 1984. Les données des neuf premières périodes de 2007 montrent toutefois une diminution du nombre de cas déclarés. L'ampleur et la durée de cette tendance récente restent à suivre.
- Tout comme en Amérique du Nord et en Europe, cette éclosion touche particulièrement les HARSAH, qui constituent plus de 90 % des cas.
- En 2005, pour la première fois depuis le début de l'épidémie, un cas a été signalé chez un adolescent appartenant au groupe des 15-19 ans ; trois l'ont été en 2006 et on estime que six le seront en 2007.
- En 2007, une femme a contracté la syphilis alors qu'elle était enceinte de quelques mois.

L'infection par le VIH est toujours très présente et augmente chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

- Les HARSAH représentent la catégorie d'exposition la plus importante, avec 45 % de l'ensemble des cas d'infection par le VIH déclarés au Québec depuis 2002 (50 % si l'on inclut les HARSAH qui sont également des UDI). Le nombre annuel de nouveaux diagnostics déclarés chez les HARSAH a augmenté de 32 % entre 2004 et 2006.

On estime que chaque année, environ 1,3 % des HARSAH non infectés contracterait le VIH. Jusqu'à 12,5 % de tous les HARSAH (et 20 % de ceux âgés de 40-49 ans) seraient infectés par le VIH (étude réalisée en 2005 à Montréal).

- La deuxième catégorie en importance est celle des UDI, avec 19 % de l'ensemble des cas déclarés depuis 2002 (23 % si l'on inclut les UDI qui sont également HARSAH). Le nombre de nouveaux diagnostics déclarés parmi les UDI varie relativement peu depuis 2004.

Les résultats d'études épidémiologiques réalisées auprès de cette population montrent une stabilité dans l'apparition de nouvelles infections entre 2001 et 2006 ; chaque année, environ 3,2 % des UDI non infectés contracterait le VIH. Un peu moins de un UDI sur six (15 %) serait infecté par le VIH. (étude menée sur une base continue, 2003-2006, dans diverses régions du Québec).

- Les personnes originaires d'un pays endémique (essentiellement des personnes qui ont immigré au Canada en provenance d'Haïti et des pays de l'Afrique subsaharienne) représentent 16 % de l'ensemble des cas déclarés depuis 2002. Le nombre de nouveaux diagnostics au sein de cette population est demeuré stable au cours des dernières années.

Environ 1,3 % de la population haïtienne serait infectée par le VIH (étude réalisée en 1996 à Montréal).

- Les contacts hétérosexuels sans autre facteur de risque représentent 8,5 % de l'ensemble des cas déclarés depuis 2002. Le nombre de nouveaux diagnostics au sein de cette population est demeuré stable.

Le nombre de personnes atteintes du VIH (y compris les personnes qui ont développé le sida) augmente. Cette situation découle probablement de l'effet conjugué de l'apparition constante de nouveaux cas d'infection et des nouveaux traitements (introduits en 1996) qui permettent de prolonger la vie des personnes infectées par le VIH en repoussant l'établissement du diagnostic de sida. En 2006, le taux de mortalité associé au sida est près de six fois plus bas que celui de 1995.

En 2005 (année des plus récentes estimations), on a évalué qu'entre 500 et 1 400 personnes avaient contracté le VIH durant l'année et qu'un total de 13 300 à 19 600 personnes vivaient avec le VIH au Québec (ce qui inclut les personnes qui ont développé le sida).

Entre 1990 et 1996, la montée de la mortalité due au sida s'est accompagnée d'une chute de la chlamydie ; le phénomène s'est inversé entre 1996 et 2006. La remontée non seulement de la chlamydie, mais aussi d'autres ITSS, est possiblement liée à une certaine banalisation du VIH, banalisation qui ferait suite à la disponibilité de thérapies antirétrovirales plus efficaces.

Populations touchées

Certaines populations sont plus vulnérables à l'une ou l'autre ITSS, notamment les jeunes âgés entre 15 et 24 ans, les jeunes en difficulté, les HARSAH, les UDI (dont les personnes incarcérées dans des milieux de détention), les autochtones et les personnes ayant immigré au Canada en provenance d'Haïti et des pays de l'Afrique subsaharienne.

Des études épidémiologiques effectuées récemment dans la région de Montréal ont mené aux observations suivantes :

- Près des trois quarts (72 %) des cégépiens ont eu, au moins une fois dans leur vie, une relation sexuelle orale, vaginale ou anale ; l'âge moyen lors de la première relation sexuelle vaginale était de 16 ans. Les deux tiers des répondants (68 %) avaient, au cours des 12 derniers mois, toujours utilisé le condom pour les relations sexuelles vaginales avec des partenaires « d'un soir ». Le tiers (33 %) des femmes sexuellement actives avaient déjà eu recours, au moins une fois, à une contraception d'urgence (pilule du lendemain).
- Jusqu'à 68 % des hommes gais et bisexuels, sexuellement actifs, avaient toujours utilisé un condom pour leurs relations anales réceptives ou « insertives » avec un partenaire considéré comme à risque (un partenaire occasionnel, un partenaire habituel infecté par le VIH ou un partenaire habituel dont le statut sérologique n'était pas connu) au cours des six derniers mois. Près du quart (23 %) des répondants infectés par le VIH ignoraient leur infection.
- Jusqu'à 71 % des UDI ne s'étaient pas servi, au cours des six derniers mois, d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre (cette proportion a augmenté, elle était de 46 % en 1995). Près des deux cinquièmes (39 %) des répondants infectés par le VIH, le VHC ou les deux virus ignoraient leur infection ou au moins une de leurs infections.

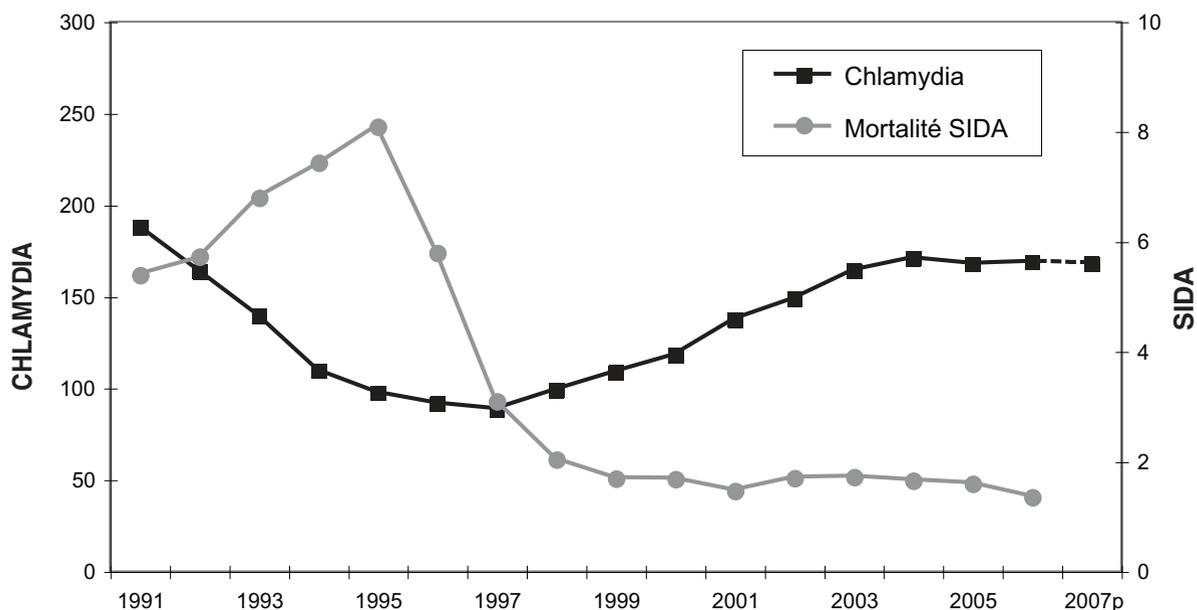
Près de la moitié des jeunes de la rue (46 %) se sont déjà injectés des drogues. Parmi les personnes incarcérées dans des centres de détention de compétence provinciale situés dans diverses régions du Québec, 28 % des hommes et 43 % des femmes se sont déjà injectés des drogues.

Comparaison avec le Canada

En 2006, les taux de chlamydie et de syphilis infectieuse sont relativement similaires au Québec et au Canada sans le Québec. Le taux de chlamydie au Québec (168 par 100 000) se situe à mi-chemin de ceux de l'Ontario (150 par 100 000) et de la Colombie-Britannique (215 par 100 000). Le taux de syphilis infectieuse au Québec (4,7 par 100 000) est identique à celui de l'Ontario (4,3 par 100 000) mais plus bas que ceux des deux provinces les plus touchées au Canada, soit l'Alberta (6,5 par 100 000) et la Colombie-Britannique (7,7 par 100 000). Dans ces deux dernières provinces, des populations hétérosexuelles sont fortement touchées et plusieurs cas de syphilis congénitale ont été déclarés. Pour ce qui est de l'infection gonococcique, le taux québécois (17 par 100 000) est de deux fois inférieur au taux du Canada sans le Québec (38 par 100 000). Le taux de cas déclarés d'hépatite C au Québec (29 par 100 000) est également bien inférieur à celui du Canada sans le Québec (39 par 100 000).

Taux brut d'incidence de la chlamydie génitale et taux brut de mortalité par sida, sexes réunis, Québec, 1991 à 2007p*

Taux exprimés par 100 000



Source : Bureau de surveillance et de vigie, à partir des données du fichier MADO dépersonnalisé (extraction faite le 10 octobre 2007) et fichiers des décès de l'ISQ (extraction faite le 15 octobre 2007). Communication personnelle de Louis Duchesne.

* Taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (1^{er} janvier au 8 septembre 2007).

Nombre et taux (par 100 000) de cas déclarés pour certaines ITSS, Québec (2002, 2006 et 2007) et Canada sans le Québec (2002 et 2006)

Infections	Province de Québec						Canada sans le Québec			
	2002		2006		2007 ¹		2002		2006	
	n	Taux ²	n	Taux ²	n	Taux ²	n	Taux ²	n	Taux ²
Bactériennes										
Chlamydie génitale	11 073	148,8	12 851	168,3	12 851	168,3	45 211	189,0	53 124	213,0
< 1 an – Sexes réunis ³	1	1,4	3	4,0	2	3,9				
15-24 ans – Hommes	1 584	315,7	1 865	379,9	1 846	374,9				
15-24 ans – Femmes	6 024	1 267	6 402	1 370,4	6 416	1 367			24 700	1 461
Lymphogranulomatose vénérienne – Sexes réunis	0	0,0	44	0,6	3	0,0			16	
Gonococcie ⁴	880	11,8	1 275	16,8	1 391	18,2	6 487	27,0	9 527	38,0
< 1 an – Sexes réunis	0	0,0	1	1,3	0	0,0				
15-24 ans – Hommes	209	41,7	251	51,1	295	59,8				
15-24 ans – Femmes	143	30,1	237	50,7	235	50,2	ND	ND	2 559	151
Syphilis infectieuse ⁵	47	0,6	377	5,0	204	2,7	ND	ND	1 135	4,5
Syphilis congénitale ⁶	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	8	0,0
Virales										
Hépatite B ⁷	1 192	16,0	1 033	13,6	994	13,0				
< 1 an – Sexes réunis	2	2,8	3	4,0	2	3,9				
Hépatite C ⁸	2 538	34,1	2 203	29,0	1 875	24,5	13 537	57,0	9 765	39,0
< 1 an – Sexes réunis	7	9,7	5	6,7	2	3,9				
Incidence UDI	Années 2003-2006 : 27,5/100 p.-a. ¹⁰									
Infection par le VIH ⁹			469	6,2						
Transmission mère enfant			2							
Incidence UDI	Années 1995-2006 : 3,2/100 p.-a. ¹⁰									
Incidence HARSAH	Année 2005 : 1,3/100 p.-a. ¹⁰									

Sources :

- Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.
- Institut national de santé publique du Québec, Programme de surveillance du VIH au Québec (avril 2002-décembre 2006) ; Étude SURV-UDI (2003-2006) ; Étude ARGUS (2005).
- Agence de la santé publique du Canada, 2007.

Notes :

1. Il s'agit du nombre de cas projetés pour 2007 à partir du nombre de cas enregistrés au cours des neuf premières périodes, soit du 1^{er} janvier au 8 septembre 2007.
2. Taux pour 100 000 personnes.
3. Comprend les cas de chlamydie génitale, oculaire et pulmonaire.
4. Comprend les cas d'infection gonococcique génitale, oculaire et autre localisation.
5. Comprend les cas de syphilis primaire, secondaire et latente précoce.
6. Seuls les cas de syphilis congénitale chez les enfants âgés de moins de 2 ans sont comptabilisés.
7. Comprend les cas d'hépatite B aiguë, chronique et de stade non précisé.
8. Comprend les cas d'hépatite C aiguë, chronique et de stade non précisé.
9. Nouveau diagnostic, aucun antécédent connu de test anti-VIH positif.
10. Personne-année. À titre d'exemple, un taux de 1/100 p-a signifie que chaque année, 1 personne sur 100 personnes non infectées contracte l'infection.

Table des matières

Introduction	15
Chlamydie (infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>)	16
Gonococcie (infection gonococcique)	19
Hépatite B	23
Hépatite C	26
Lymphogranulomatose vénérienne	29
Syphilis	32
Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	35
Programme de surveillance de l'infection par le VIH	35
Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection par le VIH	40
Programme de surveillance du sida	44
Mortalité due au sida	46
Sources des données	48
ANNEXE 1	50
Nombre de cas déclarés et taux d'incidence selon l'âge pour la chlamydie génitale, l'infection gonococcique, l'hépatite B, l'hépatite C, la lymphogranulomatose vénérienne, la syphilis infectieuse et l'infection par le VIH, Québec, 2006	
Population masculine – Population féminine – Sexes réunis	
ANNEXE 2	52
Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence selon la région pour certaines ITSS – sexes réunis, Québec, 2002 à 2007	
Chlamydie génitale – Infection gonococcique – Hépatite B – Hépatite C – Lymphogranulomatose vénérienne – Syphilis infectieuse – Infection par le VIH	
ANNEXE 3	59
Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence par province et territoire pour certaines ITSS, sexes réunis, Canada, période du 1 ^{er} janvier au 30 juin, années 2006 et 2007	
Chlamydie génitale – Infection gonococcique – Syphilis infectieuse	
ANNEXE 4	61
Résultats d'études épidémiologiques québécoises portant sur la prévalence et l'incidence de l'infection par le VIH et de l'infection par le virus de l'Hépatite C parmi diverses populations	
ANNEXE 5	65
Résultats d'études épidémiologiques québécoises portant sur des indicateurs de comportements associés aux ITSS parmi diverses populations	

LISTE DES FIGURES

FAITS SAILLANTS

Taux brut d'incidence de la chlamydirose génitale et taux brut de mortalité par sida, sexes réunis, Québec, 1991 à 2007	9
Nombre et taux de cas déclarés pour certaines ITSS, Québec (2002, 2006, 2007) et Canada sans le Québec (2002, 2006)	10

CHLAMYDIOSE

Taux brut d'incidence, Québec, 1990 à 2007	17
Taux d'incidence selon le sexe, Québec, 2002 à 2007	17
Taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2006	18
Taux d'incidence pour certains groupes d'âges, femmes, Québec, 1990 à 2007	18

INFECTION GONOCOCCIQUE

Taux brut d'incidence, Québec, 1984 à 2007	20
Taux d'incidence selon le sexe, Québec, 2002 à 2007	20
Taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2006	21
Taux d'incidence selon l'âge, hommes, Québec, 1990 à 2007	21
Taux d'incidence selon l'âge, femmes, Québec, 1990 à 2007	22
Taux d'incidence selon le sexe, Montréal et hors Montréal, Québec, 1997 à 2007	22

HÉPATITE B

Taux brut d'incidence, Québec, 1990 à 2007	24
Taux d'incidence selon le sexe, Québec, 2002 à 2007	24
Taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2006	24
Hépatite B aiguë, taux d'incidence chez les 0-14, 15-19 et 20-24 ans, sexes réunis, Québec, 1990 à 2006	25

HÉPATITE C

Taux brut d'incidence, Québec, 1990 à 2007	28
Taux d'incidence selon le sexe, Québec, 2002 à 2007	28
Taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2006	28

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Nombre de cas incidents déclarés, hommes, Québec, 2003 à 2007	30
Taux d'incidence selon l'âge, hommes, Québec, période 2005-2006	31

SYPHILIS INFECTIEUSE

Taux brut d'incidence, Québec, 1984 à 2007	34
Taux d'incidence selon le sexe, Québec, 2002 à 2007	34
Taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2006	34

INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)

Nombre de cas et ratio hommes/femmes selon l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2006	38
Nombre total et proportion des cas selon la catégorie principale d'exposition et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2006	39
Nombre et proportion des nouveaux diagnostics selon la catégorie principale d'exposition et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2006	39
Estimation de la prévalence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées par catégorie d'exposition, Québec, 2005	41
Estimation de la prévalence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées par catégorie d'exposition, femmes, Québec, 2005	41
Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées par catégorie d'exposition, Québec, 2005	42
Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées par catégorie d'exposition, femmes, Québec, 2005	42
Estimé de l'incidence et nombre de « nouveaux diagnostics » d'infection par le VIH, Québec, 1999 à 2006	43
Proportion (%) des cas de sida déclarés au 30 juin 2004 par catégorie d'exposition et par période de diagnostic, hommes, Québec	44
Proportion (%) des cas de sida déclarés au 30 juin 2004 par catégorie d'exposition et par période de diagnostic, femmes, Québec	45
Taux brut de mortalité par sida, sexes réunis, Québec, 1987 à 2006	46
Taux de mortalité par sida selon l'âge et le sexe, Québec, 2006	47

Introduction

Ce portrait s'inscrit dans le cadre de la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) et le sida, l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) et les infections transmissibles sexuellement – Orientations 2003-2009. Il fait état de la situation épidémiologique de la chlamydie, de l'infection gonococcique, de la lymphogranulomatose vénérienne, de la syphilis, de l'hépatite B, de l'hépatite C et de l'infection par le VIH.

Ces infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sont visées par la Loi de la santé publique. Elles doivent être déclarées au directeur de santé publique soit par les médecins, soit par les dirigeants de laboratoire de biologie médicale ou de laboratoire, soit par les deux. La date d'entrée en vigueur de la déclaration obligatoire ou du programme de surveillance varie selon la maladie. Ainsi, la chlamydie est devenue à déclaration obligatoire en 1990, mais c'est seulement depuis avril 2002 que 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 qui a demandé le test.

Déclarations MADO

- Les données relatives à l'âge, au sexe, à la région de résidence et à la date d'épisode sont extraites du registre MADO du Laboratoire de santé publique du Québec.
- Des données complémentaires se rapportant aux facteurs d'exposition sont tirées soit des enquêtes faites à la suite des déclarations, soit des programmes spécifiques de surveillance.

Études épidémiologiques québécoises

- La prévalence et l'incidence de certaines ITSS de même que la prévalence de certains comportements associés aux ITSS proviennent d'études épidémiologiques effectuées auprès de populations spécifiques.

Ce document s'adresse 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. Il vise principalement à fournir de l'information sur l'émergence, l'ampleur et l'évolution temporelle et spatiale de ces problèmes et de leurs déterminants dans le but d'orienter les interventions et la planification des ressources nécessaires en matière de lutte contre les ITSS.

CHLAMYDIOSE OU INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Situation générale

La chlamydie génitale est la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire. Après avoir connu une régression constante de 1990 à 1997, le nombre de cas déclarés annuellement s'est accru entre 1997 et 2004, passant de 6 437 à 12 864. En 2006, 12 842 cas ont été déclarés (le nombre de cas variant de 900 à 1 100 par période), soit un taux brut d'incidence de 169 par 100 000. Ce taux est comparable à celui du début des années 1990 et est deux fois plus élevé que celui de 1997 (88,5). Toutefois, le nombre de cas déclarés en 2005 (12 703) et celui projeté pour 2007 (12 851) tendent à démontrer une certaine stabilisation de la situation.

Répartition par sexe et âge

Les femmes représentent la majorité des cas (70 %). De façon générale, les cas sont concentrés chez les adolescents et les jeunes adultes. Chez les femmes, près de trois cas sur quatre (72 %) sont le fait de jeunes femmes âgées de 15-24 ans. C'est d'ailleurs dans cette tranche d'âge que le taux d'incidence, de 1 400 cas par 100 000 (ou l'équivalent de 1,4 % de cette population), est de loin le plus élevé. Il est en fait huit fois plus élevé que le taux de la population générale. Parmi les femmes âgées de 15-19 ans, la baisse encourageante du nombre de cas, constatée en 2005 et 2006, ne se confirme pas en 2007. Chez les hommes, les 20-24 ans sont les plus touchés, suivis des 25-29 ans, avec des taux respectifs de 560 et 330 cas par 100 000.

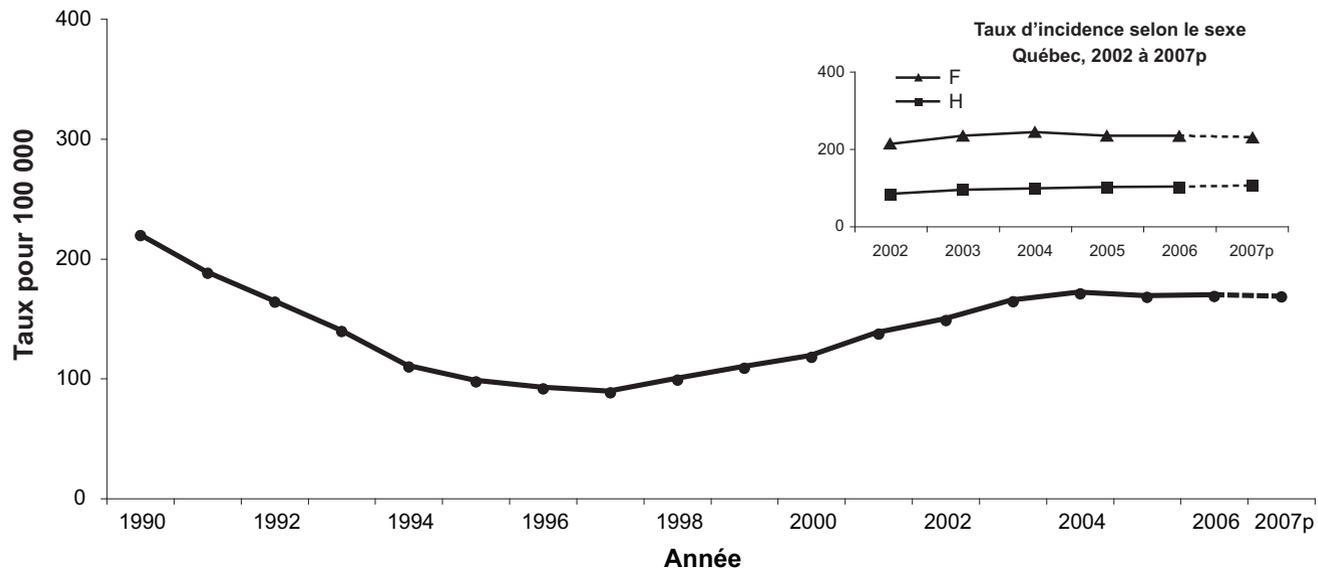
En 2006, six cas d'infection (trois cas d'infection génitale, deux cas d'infection pulmonaire et un cas d'infection oculaire) ont été déclarés chez des enfants de moins d'un an, comparativement à quatre en 2005, neuf en 2004 et dix-huit en 2003 ; ces cas sont fort probablement reliés à une transmission de la mère infectée à son enfant (transmission mère-enfant).

Distribution géographique

Si la majorité des régions affichent un taux d'incidence comparable à celui de l'ensemble du Québec, certaines régions se distinguent par un taux élevé persistant. C'est le cas de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec, de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi que de la Mauricie et Centre-du-Québec, qui affichent toutes en 2006 un taux supérieur à 200 par 100 000. Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James accusent pour leur part des taux très élevés, soit 2 572 et 1 438 par 100 000 respectivement.

Chez la femme, une infection génitale à chlamydia trachomatis non traitée peut mener à une maladie inflammatoire pelvienne chronique qui, elle, pourra causer l'infertilité tubaire ou une grossesse ectopique. De plus, une femme enceinte infectée est susceptible de transmettre l'infection à son nouveau-né.

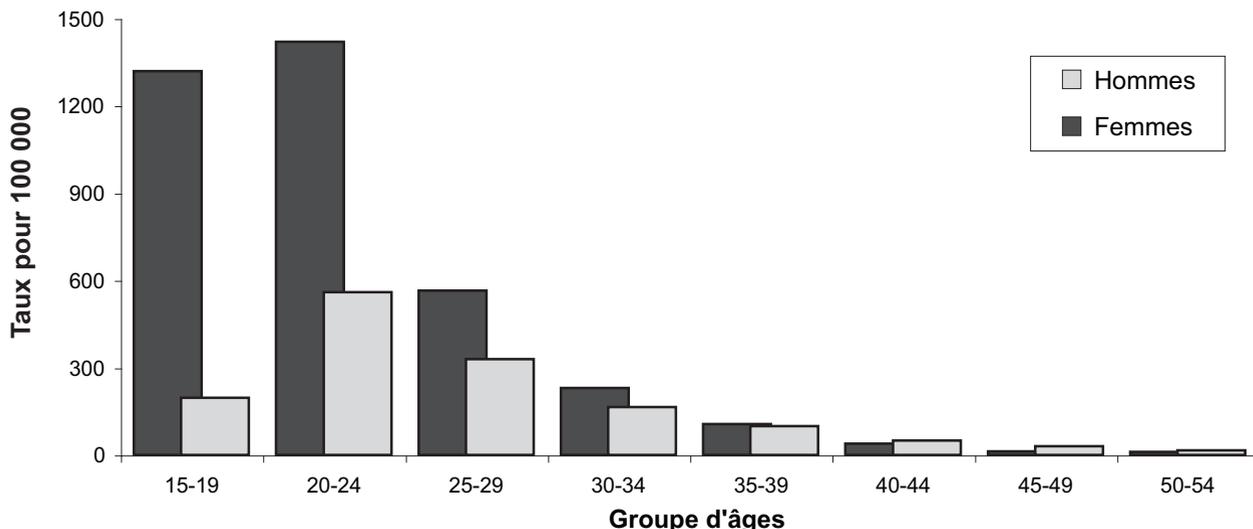
Chlamydieuse génitale: taux brut d'incidence, Québec, 1990 à 2007p*



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

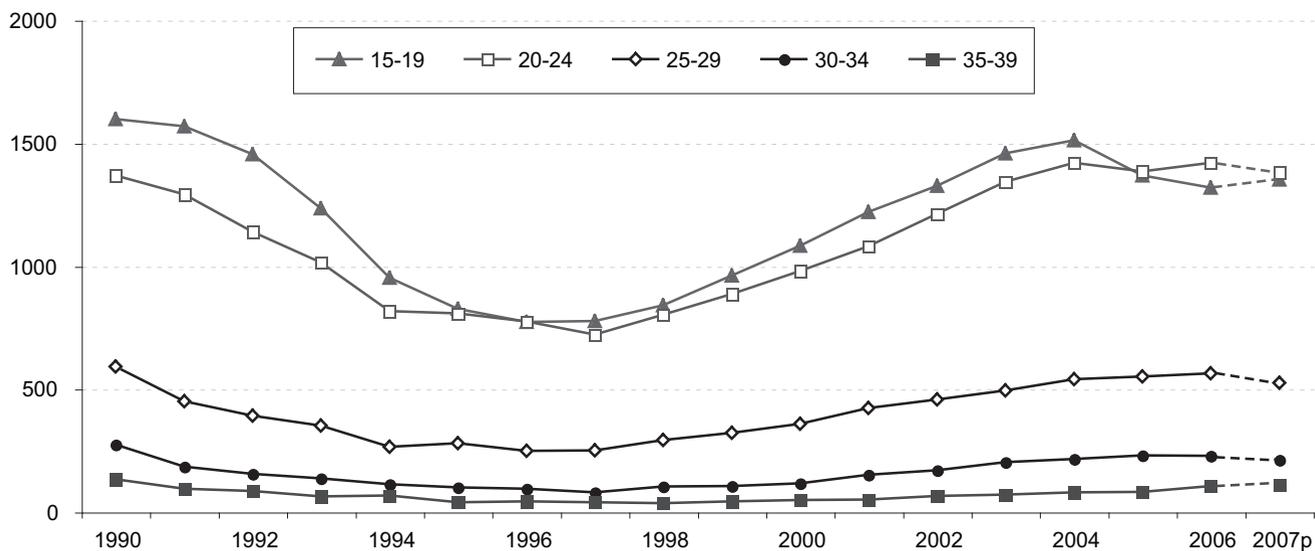
* Taux pour 100 000 personnes. Pour 2007, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (période du 1^{er} janvier au 8 septembre 2007).

Chlamydie génitale: taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2006



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

Chlamydie génitale: taux d'incidence pour certains groupes d'âges, femmes, Québec, 1990 à 2007p*



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

* Taux pour 100 000 personnes. Pour 2007, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (période du 1^{er} janvier au 8 septembre 2007).

INFECTION GONOCOCCIQUE

Situation générale

Au Québec, durant la décennie 1980, l'incidence des infections gonococciques a connu une chute spectaculaire. Au cours des années 1990, la tendance à la baisse s'est poursuivie, mais de façon un peu plus modérée. À compter de 1998, la tendance se renverse pour ensuite se stabiliser entre 2000 et 2004. En 2005, l'infection gonococcique amorce un nouveau cycle haussier. On constate une augmentation globale de près de 180 % du nombre de cas déclarés entre 1998 et 2007, et de 68 % entre 2004 et 2007 (les données préliminaires font état de 1 391 cas prévus en 2007). En 2006, 1 275 cas ont été déclarés (le nombre de cas variant de 80 à 120 par période), pour un taux d'incidence de 17 par 100 000.

Répartition par sexe et âge

Cette incidence accrue touche autant les hommes que les femmes. Cependant, entre 2004 et 2007, l'augmentation est 3,5 fois plus importante chez les femmes (+ 165 %) que chez les hommes (+ 47 %). L'augmentation est particulièrement élevée chez les femmes âgées de 15-19 ans (+ 250 %). En 2006, les femmes constituent 29 % des cas (comparativement à 18 % en 2004) et 45 % des cas dans le groupe d'âge des 15-24 ans (contre 33 % en 2004). Près de deux cas féminins sur trois (63 %) sont des femmes âgées de 15-24 ans (taux de 48 par 100 000 chez les 15-19 ans et de 53 par 100 000 chez les 20-24 ans), une proportion deux fois plus élevée que celle des hommes du même âge (28 %).

Toutefois, ce sont les jeunes hommes âgés de 20-24 ans qui affichent le taux d'incidence le plus élevé d'infections gonococciques (74 par 100 000, soit un niveau quatre fois supérieur à celui de la population générale, suivis de ceux âgés de 25-29 ans (62 par 100 000). De façon générale, dans tous les groupes d'âges, le taux d'infection gonococcique demeure plus élevé chez les hommes que chez les femmes, sauf chez les 15-19 ans.

Chez les hommes, 9,1 % des infections déclarées en 2006 étaient localisées à la région ano-rectale ; cette proportion était de 6,1 % en 2002.

Distribution géographique

La distribution spatiale des cas n'est pas proportionnelle au poids démographique des régions : les trois quarts des cas déclarés viennent en effet de la zone métropolitaine, qui regroupe les régions de Montréal, de Laval et de la Montérégie. La région de Montréal compte à elle seule plus de la moitié (58 %) des cas déclarés en 2006, alors qu'elle regroupe 25 % de la population totale du Québec. Toutefois, l'importance relative de la région de Montréal a fortement diminué depuis 2004, année où cette région regroupait 67 % des cas de la province. La région de Montréal détient, encore et de loin, le taux le plus élevé, soit 39 cas par 100 000, comparativement à un taux moyen de 9 par 100 000 pour le reste de la province. La région de Laval, au deuxième rang avec un taux d'incidence de 14 par 100 000, est suivie des régions des Laurentides, de Lanaudière et de l'Outaouais (environ 10 par 100 000 chacune). Pour leur part, le Nunavik (61 cas déclarés en 2006) et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (20 cas) affichent encore des taux nettement supérieurs à celui de l'ensemble du Québec, soit respectivement 581 et 142 par 100 000. En 2006, un cas d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* a été rapporté chez un enfant âgé de moins d'un an, aucun ne l'avait été en 2005, un en 2004 et aucun en 2003.

Facteurs d'exposition

D'après les enquêtes réalisées dans le cadre de la surveillance des infections gonococciques (données provinciales, juin 2005 à mai 2006, n = 610), les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) compteraient pour 60 % des cas masculins, alors que la proportion d'HARSAH dans la population générale oscille entre 5 % et 10 %.

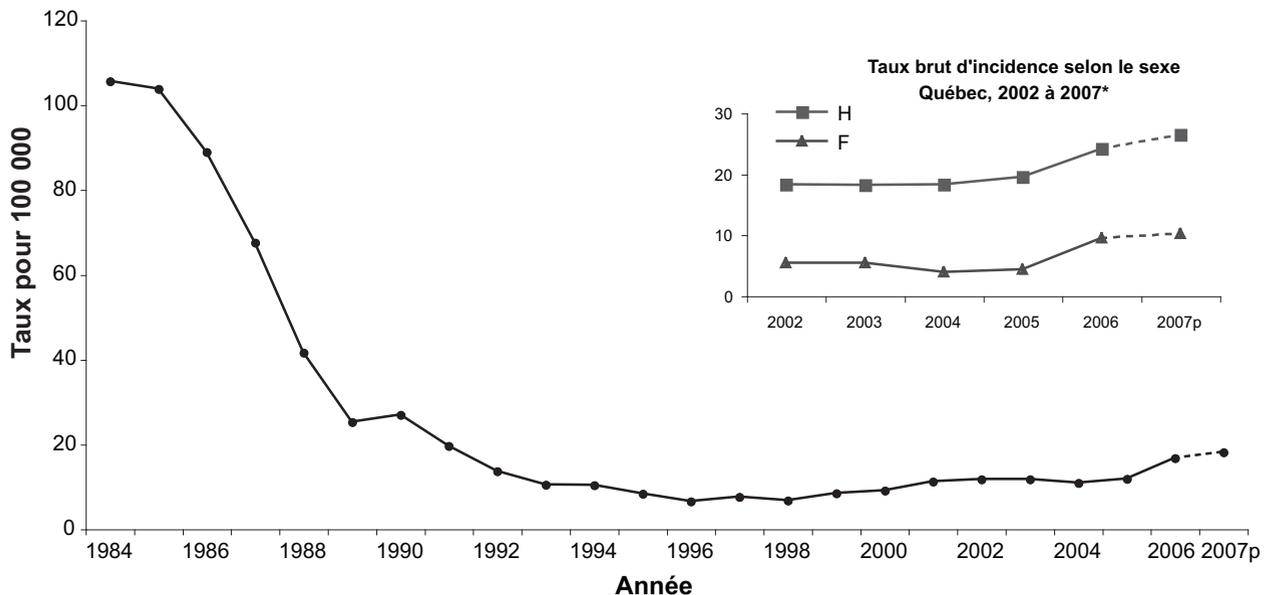
Résistance aux fluoroquinolones

Depuis les dernières années, on assiste à l'émergence de la résistance du gonocoque à la ciprofloxacine, un antibiotique de la classe des quinolones. En 2006, 37 % des souches de *N. gonorrhoeae* déclarées au Québec étaient résistantes à la ciprofloxacine, comparativement à 14 % en 2005 et 0,6 % en 2000. Le dénominateur est constitué de l'ensemble des cas d'infection gonococcique déclarés et non des seuls cas déterminés par une culture ; le phénomène de résistance est donc sous-estimé puisqu'au Québec, un nombre croissant d'infections gonococciques sont détectées par une épreuve d'amplification des acides nucléiques (TAAN), laquelle ne peut mettre en évidence la résistance aux antibiotiques. Dans certaines régions, toutes les épreuves effectuées sont des TAAN ; l'évolution de la résistance est donc impossible à apprécier.

Depuis 1998, le traitement de première intention pour l'infection gonococcique urétrale, endocervicale ou rectale est la céfixime. Une fluoroquinolone (ciprofloxacine, ofloxacine) **n'est pas recommandée au Québec** puisque le taux local de résistance à la ciprofloxacine dépasse le seuil acceptable, lequel est fixé entre 3 % et 5 %.

Chez la femme, une infection génitale gonococcique non traitée peut entraîner une maladie inflammatoire pelvienne chronique qui, elle, pourra causer l'infertilité tubaire ou une grossesse ectopique. Chez l'homme, l'infection gonococcique peut se compliquer d'une prostatite ou d'une épididymite. L'infection gonococcique, tout comme les autres ITS inflammatoires ou ulcérantes, augmente la contagiosité des personnes infectées par le VIH et la réceptivité au VIH de celles qui ne sont pas infectées. L'infection gonococcique devient une porte d'entrée et de transmission de l'infection au VIH.

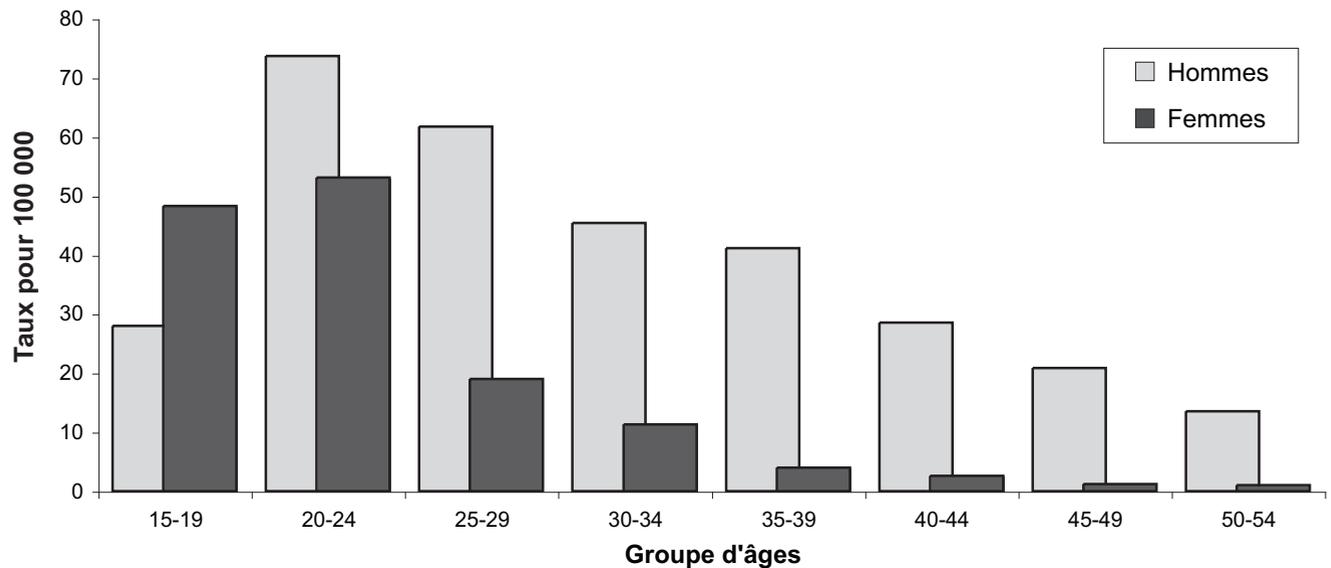
Infection gonococcique: taux brut d'incidence, Québec, 1984 à 2007p*



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

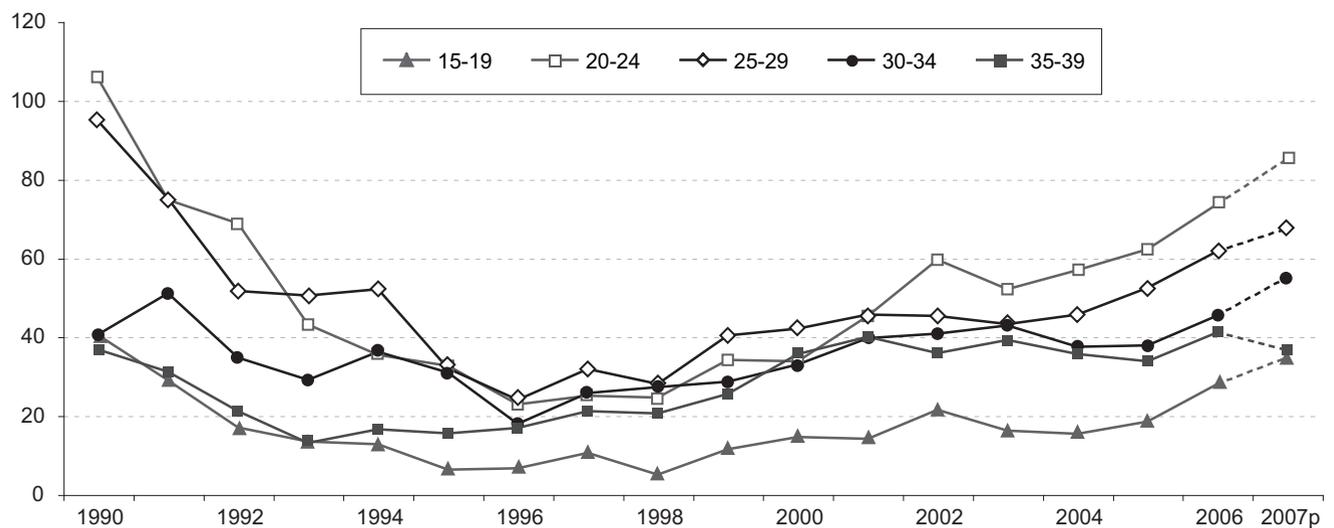
* Taux exprimé pour 100 000 personnes-année. Pour 2007, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (soit du 1^{er} janvier au 8 septembre 2007).

Infection gonococcique: taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2006



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

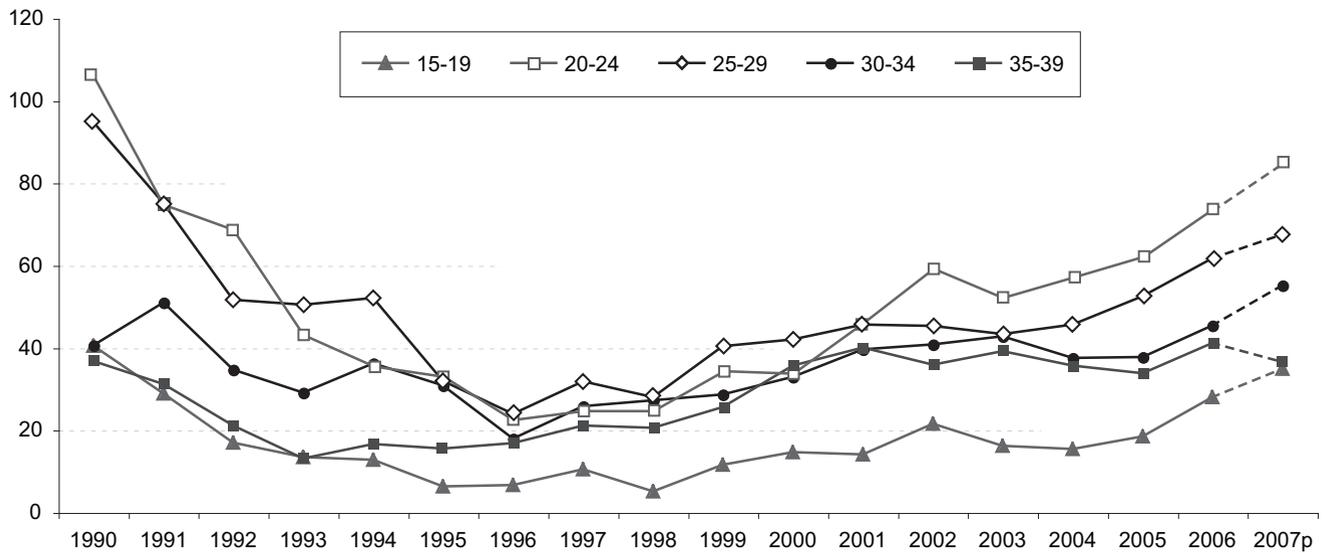
Infection gonococcique: taux d'incidence selon l'âge, homme, Québec, 1990 à 2007p*



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

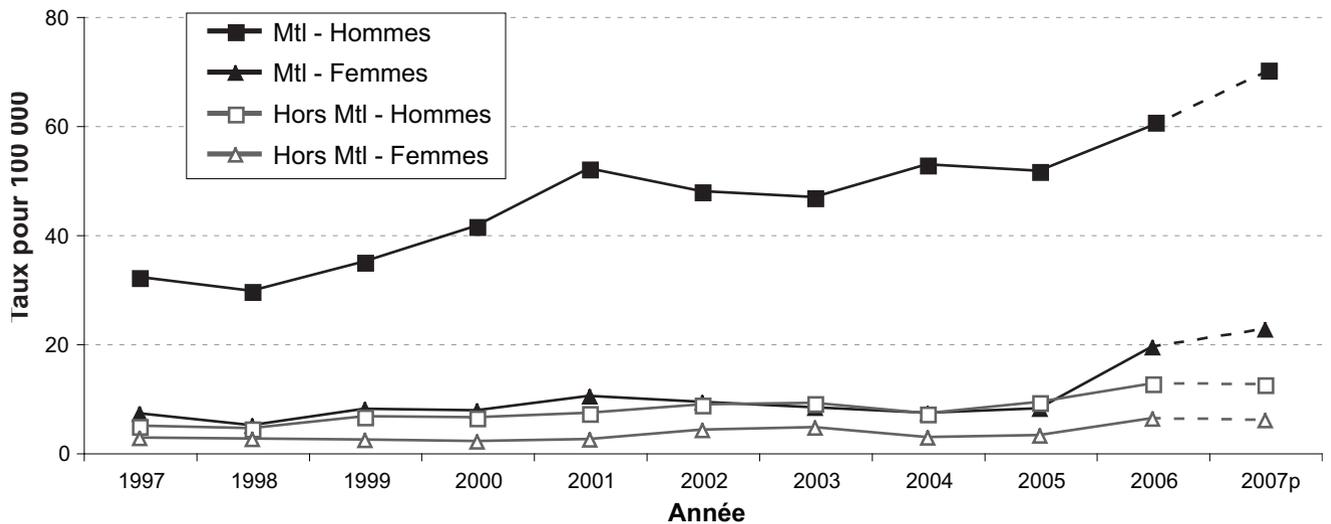
* Taux exprimé pour 100 000 personnes-année. Pour 2007, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (soit du 1^{er} janvier au 8 septembre 2007).

Infection gonococcique: taux brut d'incidence selon l'âge, femmes, Québec, 1990 à 2007p*



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

Infection gonococcique: taux brut d'incidence selon le sexe, Montréal et hors Montréal, Québec, 1997 à 2007p*



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-année. Pour 2007, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (soit du 1^{er} janvier au 8 septembre 2007).

HÉPATITE B

Situation générale

L'hépatite B peut être déclarée à titre d'infection aiguë, d'infection chronique (porteur) ou de stade non précisé. Les « porteurs » sont des personnes qui ont contracté leur infection dans le passé, chez qui la présence du virus continue d'être détectable, et qui peuvent donc transmettre l'infection.

Hépatite B tout stade. Pour l'année 2006, on recense 1 033 cas d'hépatite B (taux de 13,6 par 100 000), dont 39 hépatite B aiguës (0,5 cas par 100 000), 655 hépatite B chroniques (8,6 par 100 000) et 343 hépatite B sans précision (4,5 par 100 000). Le nombre de cas a varié de 59 à 103 par période. Après une baisse rapide entre 1992 et 1998, l'hépatite B a connu une baisse plus progressive entre 1998 et 2006, pour cumuler une diminution totale de 53 %.

Hépatite B aiguë. Entre 1992 et 2006, le taux brut de l'hépatite B aiguë est passé de 6,5 à 0,5 cas par 100 000 personnes, soit une diminution totale de 92 %; on compte donc presque dix fois moins de cas déclarés d'hépatite B aiguë qu'en 1992. On estime à 30 le nombre de cas qui pourraient être déclarés en 2007, ce qui confirme la régression de la maladie.

Répartition par sexe et âge

Hépatite B tout stade. Le taux chez les hommes est plus élevé que chez les femmes (16,6 contre 10,3). En 2006, les hommes représentaient 64 % des cas aigus, 62 % des cas porteurs et 57 % des cas de stade non précisé. Le groupe des 25 à 44 ans accuse les taux les plus élevés.

Hépatite B aiguë. La baisse d'incidence constatée est similaire pour les deux sexes. Par ailleurs à tout âge, les hommes accusent des taux supérieurs à ceux des femmes. Au début des années 1990, les personnes âgées entre 20 et 39 ans affichaient les taux d'incidence les plus élevés. Près de 15 ans plus tard, les différences entre les groupes d'âges se sont estompées.

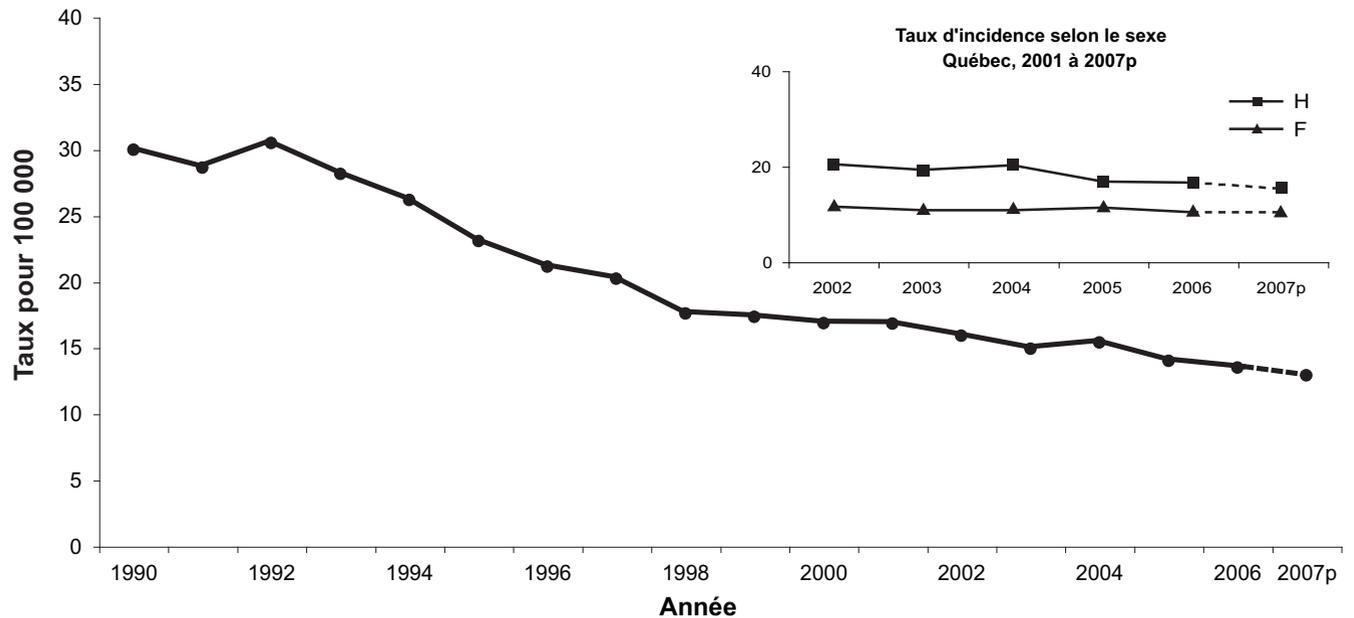
En 2006, trois cas d'hépatite B ont été rapportés chez des enfants âgés de moins d'un an, dont deux cas d'hépatite B aiguë.

Distribution géographique

La région de Montréal enregistre le taux le plus élevé de cas déclarés d'hépatite B (soit 35 cas par 100 000). Elle est suivie par les régions de Laval (13,6), de la Montérégie (9,0) de l'Outaouais (9,0) et de l'Estrie (8,3).

De façon générale, entre 5 et 10 % des personnes infectées par le virus de l'hépatite B resteront porteuses chroniques du virus. Et parmi ces dernières, environ le quart développeront une cirrhose ou un cancer du foie.

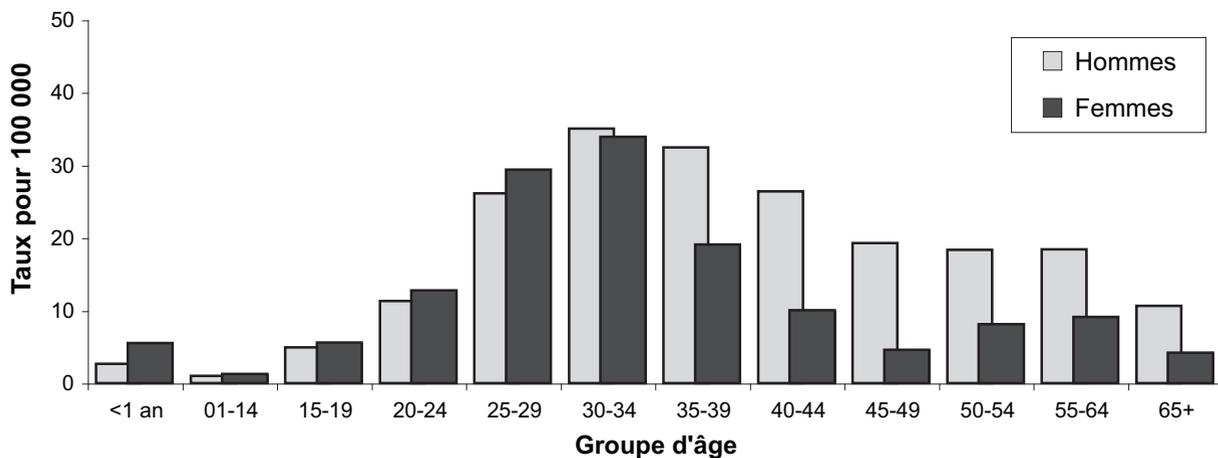
Hépatite B: taux brut d'incidence, Québec, 1990 à 2007p*



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

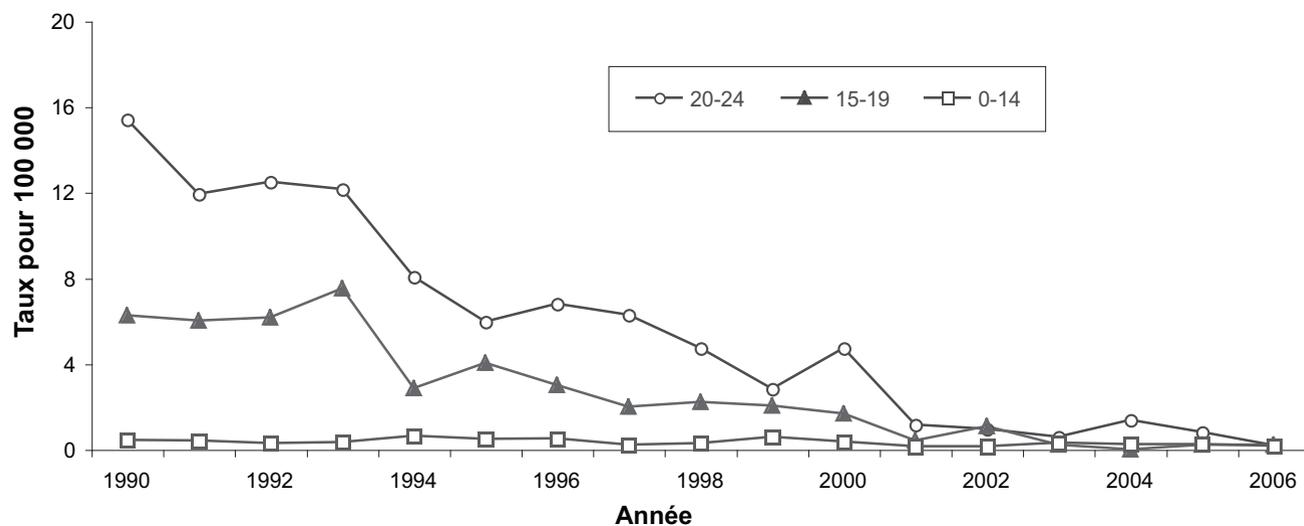
* Taux pour 100 000 personnes. Pour 2007, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (soit du 1^{er} janvier au 8 septembre 2007).

Hépatite B: taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2006



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

Hépatite B aiguë : taux d'incidence chez les 0-14, 15-19 et 20-24 ans, sexes réunis, Québec, 1990 à 2006



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

HÉPATITE C

Situation générale

L'hépatite C est à déclaration obligatoire par les médecins depuis une quinzaine d'années, mais c'est seulement depuis avril 2002 que les laboratoires sont également tenus de la déclarer. 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. Les cas sont déclarés à titre d'infection aiguë ou de stade non précisé. Il n'existe pas de test permettant de distinguer une infection aiguë d'une infection chronique. La présentation initiale est très souvent fruste et atypique ; aussi la grande majorité des cas déclarés sont-ils des cas de stade non précisé.

Au cours de 2006, 4 cas d'hépatite C aiguë et 2 235 d'hépatite C de stade non précisé ont été déclarés, pour un total de 2 239 cas d'hépatite C (taux brut de cas déclarés : 29,3 par 100 000 ; nombre par période : de 120 à 220 cas). La baisse du nombre de cas déclarés se confirme : elle est de l'ordre de 20 % entre 2004 et 2006. On estime à un peu moins de 1 941 le nombre de cas qui seront déclarés en 2007.

Répartition par sexe et âge

De façon générale, les hommes représentent les deux tiers (67 % en 2006) des cas déclarés. Dans la population âgée de 25 ans ou plus, le taux des hommes est toujours de deux à trois fois supérieur à celui des femmes. Pour les deux sexes, les individus âgés entre 35 et 49 ans sont les plus touchés. À cet âge, le taux oscille entre 72 et 89 cas par 100 000 chez les hommes, et entre 28 et 37 par 100 000 chez les femmes. En 2006, quatre cas d'hépatite C ont été rapportés chez des enfants de moins d'un an, dont deux cas d'hépatite C aiguë.

Distribution géographique

À l'exception du Nunavik, qui n'a déclaré aucun cas en 2006, toutes les régions du Québec sont touchées, mais pas de façon égale. De fait, un peu moins de la moitié des cas (44 %) de la province viennent de la région de Montréal qui affiche le taux le plus élevé du Québec, soit 51,3 cas par 100 000, comparativement à un taux moyen de 22 cas par 100 000 pour l'ensemble des autres régions. Elle est suivie des régions des Laurentides, de la Mauricie et Centre-du-Québec et de l'Abitibi-Témiscamingue, qui affichent chacune un taux de 29 par 100 000.

Facteurs d'exposition

D'après les enquêtes réalisées dans le cadre de la surveillance de l'hépatite C (données montréalaises, 2004, n = 712), les facteurs d'exposition suivants ont été identifiés :

Facteur de risque	%
Utilisation de drogues par injection (actuelle ou passée)	58
Non-utilisation de drogues par injection (actuelle ou passée) Parmi les non-UDI¹	39
Naissance à l'extérieur du Canada	52
Soins médicaux à l'extérieur du Canada (y compris transfusions et transplantations)	25
Consommation de drogues par voie nasale	9
Réception de sang ou produits sanguins avant 1990	10
Incarcération	8
Tatouage	8
Relation sexuelle avec personne VHC+	4
Aucun facteur de risque identifié	3

Source : Le point VHC, Portrait de l'hépatite C à Montréal. Direction de santé publique de Montréal, 2007.

1. Plus d'un facteur de risque peut être rapporté pour chaque cas n'ayant jamais fait usage de drogues par injection. D'autres facteurs de risque, mentionnés chacun pour moins de 4 % des cas ne s'étant jamais injecté de drogues, ne figurent pas au tableau.

Depuis 1990, l'application universelle de tests de détection de l'hépatite C a permis d'enrayer la transmission associée à l'administration de produits sanguins.

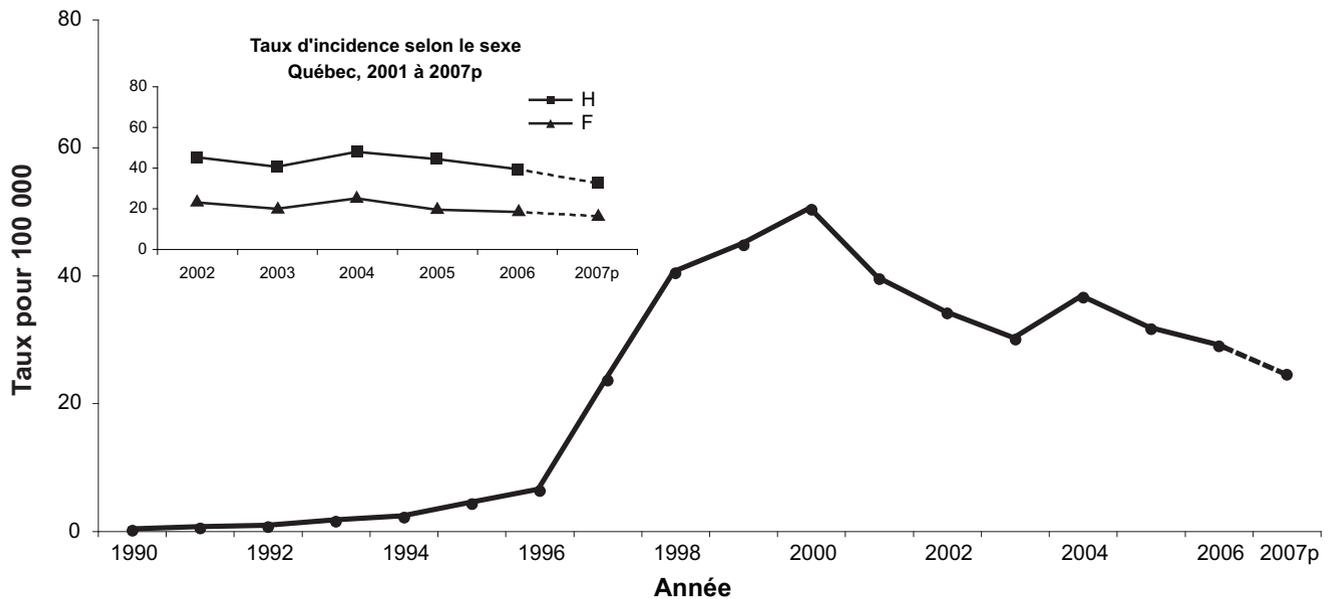
La prévalence de l'hépatite C dans la population générale est estimée à 0,8 %. Les résultats d'études épidémiologiques québécoises portant sur l'infection par le virus de l'hépatite C au sein de diverses populations sont présentés à l'annexe 4.

Population	Année de collecte	Prévalence VHC %
UDI	2003-2006	62,2
Personnes incarcérées (UDI et non UDI amalgamés)	2003	18,5
Jeunes de la rue (UDI et non UDI amalgamés)	2001-2004	14,0
HARSAH (UDI et non UDI amalgamés)	2005	5,4

Près des deux tiers (62 %) des utilisateurs de drogues recrutés dans le réseau de surveillance SurVUDI étaient infectés par le VHC (données 2003-2006). Cette prévalence du VHC s'élevait déjà à 41 % chez les 20-24 ans et atteignait 80 % chez les 40 ans ou plus ; elle était de 64 % en milieu urbain et de 54 % en milieu semi-urbain. Le taux d'incidence dans cette population était de 27,5 par 100 personnes-années, ce qui signifie que chaque année, un peu plus du quart des UDI non infectés contractent l'hépatite C.

Environ 85 % des personnes infectées par le virus de l'hépatite C souffriront d'une hépatite chronique. Après plusieurs années, environ 20 % des cas d'hépatite chronique développeront une cirrhose du foie, et 10 à 20 % des cas de cirrhose développeront un cancer primaire du foie.

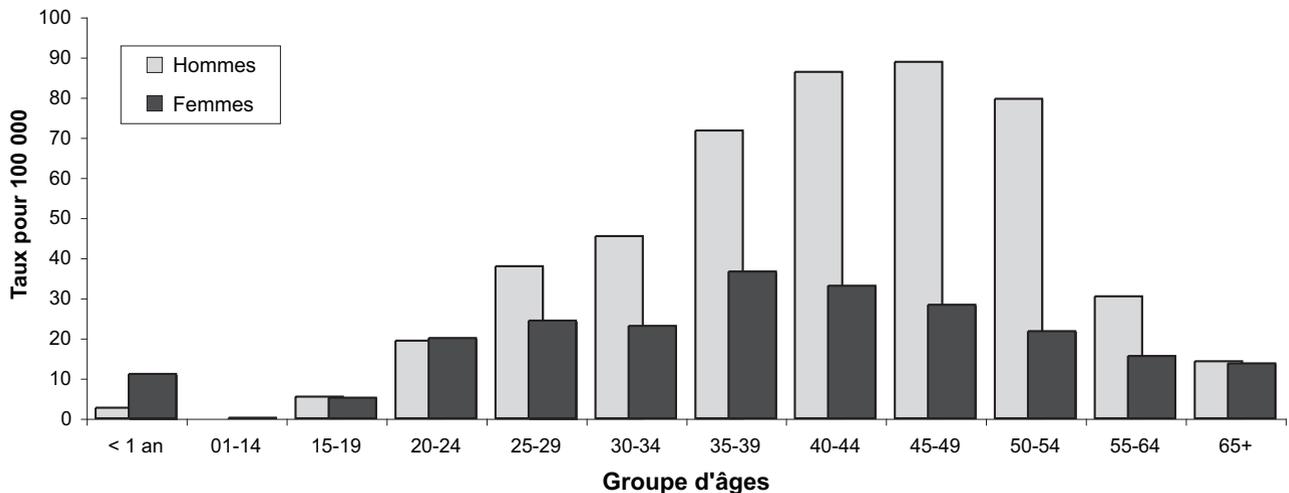
Hépatite C: taux brut d'incidence, Québec, 1990 à 2007p*



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-année. Pour 2007, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (soit du 1^{er} janvier au 8 septembre 2007).

Hépatite C: taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2006



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Situation générale

La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est une infection transmissible sexuellement causée par les sérotypes L1, L2 et L3 de *Chlamydia trachomatis*. Contrairement aux sérotypes A-K, les sérotypes de la LGV sont invasifs. La LGV a été décrite formellement pour la première fois en 1900. Elle est endémique dans diverses régions d'Afrique, d'Asie, d'Amérique du Sud et des Caraïbes.

Au Québec, un premier cas de LGV a été déclaré en 2003, un deuxième en 2004, puis 25 cas en 2005 et 44 en 2006. Compte tenu des données disponibles à la fin de la neuvième période, on estime que seulement trois cas seront déclarés en 2007 ; cette baisse abrupte avait commencé à se manifester à l'automne 2006. Depuis le début de l'éclosion jusqu'à la période 9 de 2007, 73 cas ont été déclarés.

Les cas « confirmés » composent les deux tiers des cas déclarés (66 %, 48 sur 73) ; ce sont des cas pour lesquels une épreuve complémentaire (ex. : séquençage de l'ADN) a permis de mettre en évidence un sérotype responsable de la LGV.

Répartition par sexe et âge

Tous les cas déclarés jusqu'à maintenant sont masculins. Si 72 % d'entre eux sont âgés entre 30 et 49 ans, les 20-29 ans comptent cependant pour une part non négligeable des cas, avec une proportion de 16 %. Aucun cas n'a encore été déclaré chez des jeunes de moins de 20 ans.

Distribution géographique

La très grande majorité des cas déclarés depuis le début de l'éclosion jusqu'à la neuvième période de 2007, soit 90 %, l'ont été dans la région de Montréal alors que quatre régions, soit l'Estrie, Laval, la Montérégie et le Saguenay-Lac-Saint-Jean, ont quant à elles déclaré entre un et trois cas.

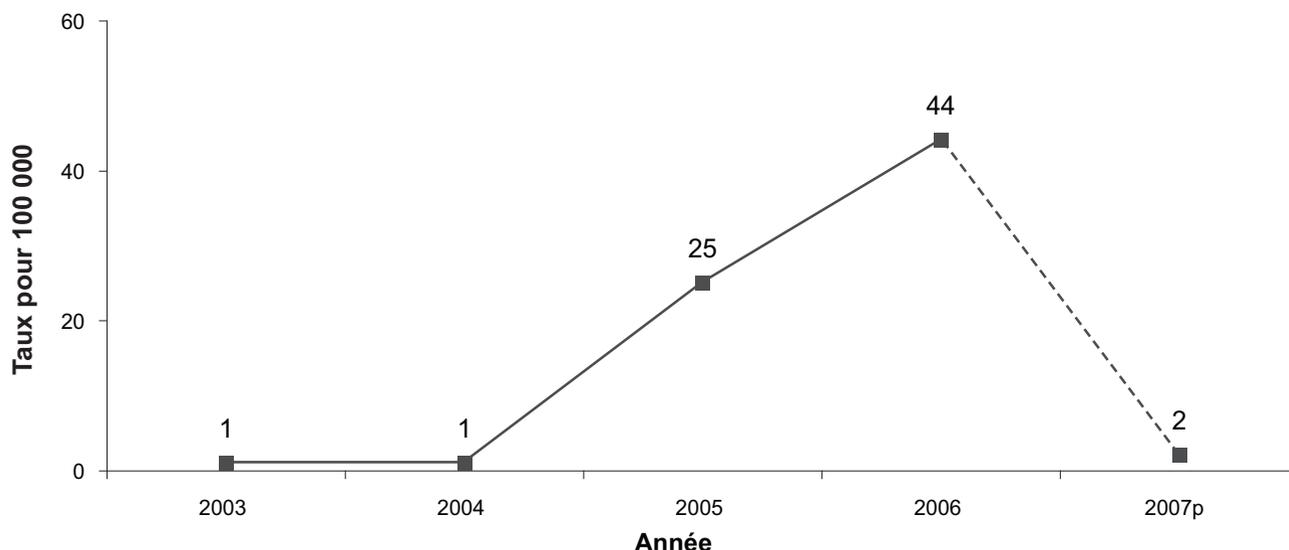
Facteurs d'exposition

Selon les enquêtes réalisées dans le cadre de la surveillance de la lymphogranulomatose vénérienne (données montréalaises, 2005-2007, N = 64), on peut dégager les constats suivants (les cas pour lesquels la donnée était manquante ont été exclus du calcul de ces proportions) :

- Les HARSAH représentent la totalité des cas.
- Près de 90 % de ces HARSAH ont déjà eu une ITSS au cours de leur vie, 42 % ont déjà contracté une syphilis et au moins 58 % sont infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
- Près des deux tiers (65 %) ont eu des relations sexuelles dans des saunas gais au cours de la période d'incubation.
- Près de un répondant sur cinq (19 %) a eu des relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec.
- Aucun répondant n'a rapporté avoir reçu ou donné de l'argent en échange de relations sexuelles au Québec au cours de l'année ayant précédé l'apparition des symptômes.

Les signes et les symptômes de la LGV ressemblent beaucoup à ceux d'autres infections, de tumeurs ou encore, de maladies inflammatoires intestinales. Une certaine proportion des personnes non traitées présenteront les complications suivantes une ou quelques années après le début de la maladie : des lésions chroniques inflammatoires du rectum ou du côlon qui entraînent des sténoses, des fistules ou des perforations, et une obstruction lymphatique causant un œdème génital.

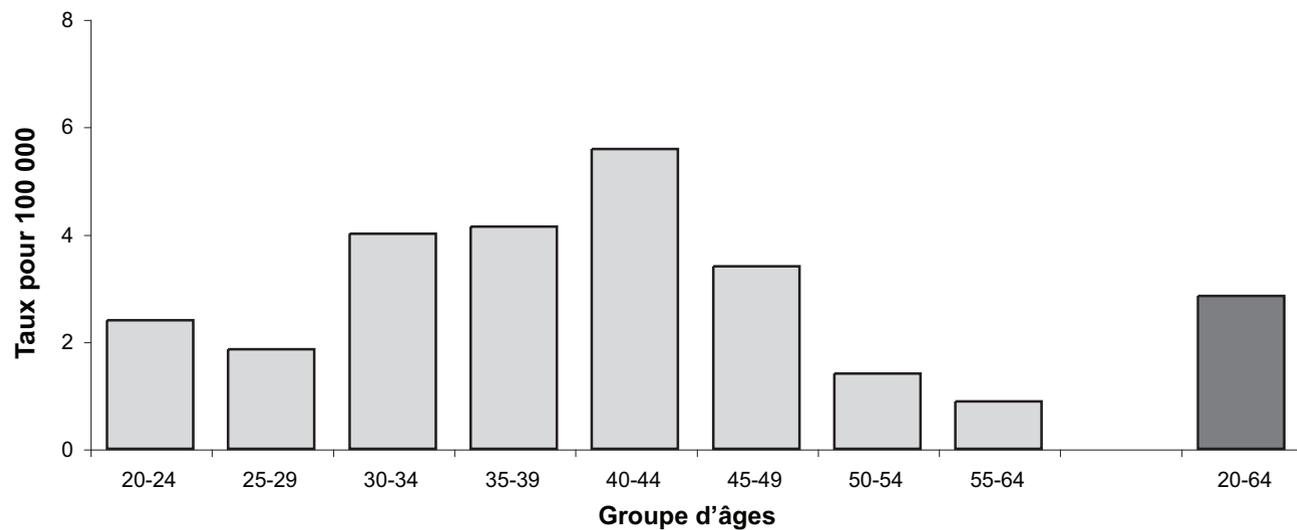
Lymphogranulomatose vénérienne: nombre de cas incidents déclarés, hommes, Québec, 2003 à 2007p*



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 31 octobre 2007.

Lymphogranulomatose vénérienne: taux d'incidence selon l'âge, hommes, Québec, période 2005-2006

N = 69 cas



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 31 octobre 2007.

SYPHILIS

Situation générale

Les cas de syphilis sont déclarés à titre de syphilis primaire, secondaire, latente précoce (de moins d'un an), latente tardive (de plus d'un an), neurosyphilis, tardive, congénitale et de stade non précisé. La syphilis en phase infectieuse regroupe les stades de syphilis primaire, secondaire et latente de moins d'un an, stades pendant lesquels la contagiosité est la plus importante.

En une dizaine d'années, le nombre annuel de déclarations de syphilis infectieuse (syphilis primaire, secondaire et latente de moins d'un an) a chuté de presque 100 %, passant de 242 à 10 cas entre 1985 et 1995, pour descendre à un plancher de 3 cas en 1998 (taux < 0,1 cas par 100 000 personnes). Cependant, à compter de 2001, une tendance à la hausse se dessine. En 2003, l'explosion du nombre de cas déclarés confirme la tendance. Par la suite, l'épidémie évolue à un rythme rapide et soutenu. Si bien qu'en 2006, avec 377 cas déclarés (107 syphilis primaires, 172 syphilis secondaires et 98 syphilis latentes précoces) et un taux d'incidence à 5 cas par 100 000, la syphilis infectieuse est revenue à son niveau de 1985.

Toutefois, après six années de hausse continue, les données des neuf premières périodes de 2007 montrent enfin une diminution du nombre de cas de syphilis infectieuse au Québec. Ainsi, on estime que le nombre de cas de syphilis en phase infectieuse devrait se chiffrer autour de 204 en 2007, soit une baisse de 46 % par rapport à 2006. L'ampleur et la durée de cette diminution demeurent à suivre. À cause d'un manque de ressources humaines, il arrive que des nouveaux cas de tréponématose ne soient pas enquêtés pour en déterminer le stade ; il est donc possible que des cas de syphilis en phase infectieuse ne soient pas reconnus.

Répartition par sexe et âge

Les femmes demeurent peu touchées : 2 cas ont été déclarés chez des femmes en 2000, aucun en 2001 et 2002, 5 en 2003, 13 en 2004, 8 en 2005, 6 en 2006 et 10 cas sont projetés pour 2007 (ce qui représente donc une légère augmentation entre 2006 et 2007). Environ les trois quarts de ces femmes étaient en âge de procréer (elles avaient entre 15 et 44 ans).

Les hommes constituent la quasi-totalité des cas (98 % en 2006). La majorité d'entre eux (55 %) sont âgés entre 35 et 49 ans, les 40-44 ans étant les plus touchés avec un taux d'incidence de 25 pour 100 000. En 2005, pour la première fois depuis le début de l'épidémie, un cas a été signalé chez un adolescent appartenant au groupe des 15-19 ans, trois l'ont été en 2006, et on estime que six le seront en 2007.

Aucun cas de syphilis congénitale n'a été déclaré en 2006.

Distribution géographique

Au départ, l'éclosion touchait surtout la région de Montréal. Elle s'est par la suite propagée dans plusieurs régions du Québec. En 2006, avec 78 % des cas, Montréal affiche de loin le plus haut taux, soit 16 par 100 000. Les autres régions touchées sont, par ordre décroissant, l'Outaouais (3,3), la Montérégie (2,1), Lanaudière (2,1), les Laurentides (1,8) et la Capitale-Nationale (2,7).

Facteurs d'exposition

À partir des enquêtes réalisées dans le cadre de la surveillance de la syphilis infectieuse (données provinciales, août 2004 à juillet 2005, n = 180), on peut dégager les constats suivants (les cas pour lesquels la donnée était manquante ont été exclus du calcul de ces proportions) :

- Les HARSAH constituent la très grande majorité des cas de syphilis infectieuse (88 % pour l'ensemble du Québec ; 93 % dans la région de Montréal et 80 % en dehors de Montréal), et 7 % d'entre eux ont eu des relations sexuelles non seulement avec des hommes mais également avec des femmes au cours de la dernière année.
- Près des deux tiers (63 %) des HARSAH ont eu des relations sexuelles dans un sauna au cours de la période d'incubation.
- Les relations sexuelles en échange d'argent ou de drogue semblent avoir joué un rôle marginal dans l'écllosion de la syphilis.
- Dans la très grande majorité des cas, l'infection a été contractée au sein de la communauté québécoise plutôt qu'à l'occasion de relations sexuelles avec un non-résident du Québec.

Les informations complémentaires fournies par les enquêtes réalisées dans le cadre de la surveillance de la syphilis infectieuse (données montréalaises, septembre 2000 à septembre 2007) ont permis de dégager les constats suivants (les cas pour lesquels la donnée était manquante ont été exclus du calcul de ces proportions) :

Parmi les HARSAH (n = 763)

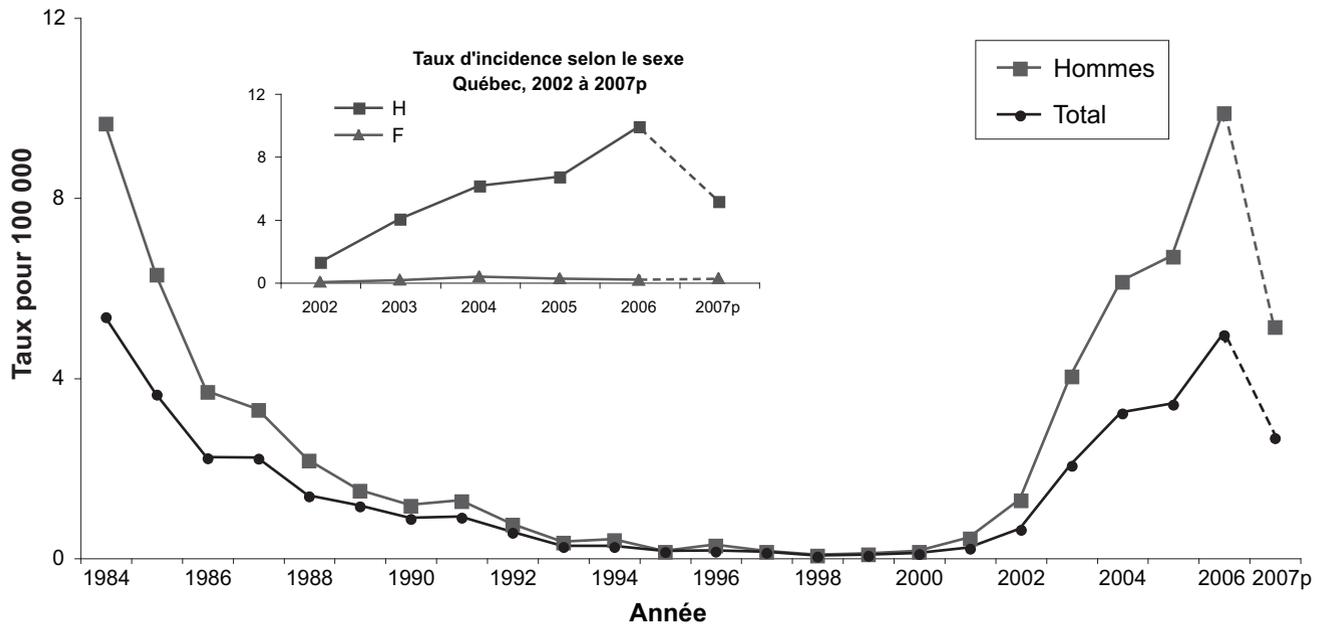
- Près de 80 % ont déjà contracté une ITSS au cours de leur vie, et au moins 46 % sont infectés par le VIH.
- Un peu moins de un répondant sur cinq (17 %) a eu au cours de la période d'incubation des relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec.

Parmi les personnes ayant eu des relations exclusivement hétérosexuelles (n = 44)

- La moitié (51 %) sont d'origine ethnoculturelle autre que canadienne-française ou canadienne-anglaise.
- Le tiers (34 %) ont eu au cours de la période d'incubation des relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec.

Les symptômes de la syphilis étant souvent atypiques et transitoires, cette infection peut aisément passer inaperçue. Environ 30 % des personnes non traitées développeront une syphilis tardive. Celle-ci apparaît jusqu'à 10 à 20 ans après que l'infection ait été contractée et se manifeste par des lésions cardiovasculaires, neurologiques, ophtalmiques ou encore par des lésions « gommeuses » pouvant toucher tous les organes. La majorité des enfants nés d'une mère en phase infectieuse seront infectés. La syphilis congénitale est la cause d'une morbidité et d'une mortalité élevées chez les nouveau-nés (décès de l'enfant *in utero*, retard de croissance, dystrophie osseuse).

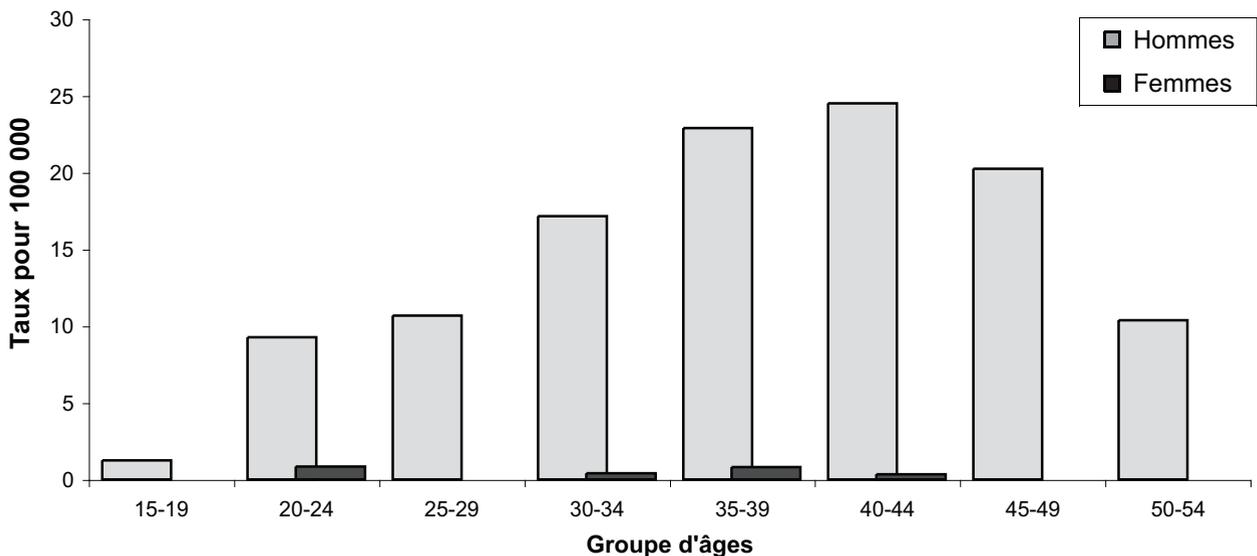
Syphilis infectieuse: taux brut d'incidence, Québec, 1984 à 2007p*



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

* Taux pour 100 000 personnes. Pour 2007, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (soit du 1^{er} janvier au 8 septembre 2007).

Syphilis infectieuse: taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2006



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

L'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE

1. Programme de surveillance de l'infection par le VIH

Situation générale

Au Québec, toutes les analyses de confirmation des tests anti-VIH sont effectuées par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Le nombre de tests anti-VIH demandés est passé de 229 496 en 2002 à 291 086 en 2006 (augmentation de 27 %), alors que le taux de spécimens confirmés positifs au LSPQ diminuait de 0,75 % en 2002 à 0,61 % en 2006 (baisse de 19 %).

Le Programme de surveillance de l'infection au VIH est entré en vigueur le 18 avril 2002. Depuis lors, tous les tests de l'infection par le VIH confirmés positifs font obligatoirement l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques auprès du médecin qui a demandé le test, qu'il s'agisse d'un nouveau diagnostic ou de la confirmation d'un diagnostic antérieur¹.

Ancien diagnostic : *Un ancien diagnostic est posé chez un individu dont au moins un des tests antérieurs s'était révélé positif. On présume que la personne était au courant de son statut d'infection avant de donner le spécimen qui a mené à sa déclaration au programme. On présume également que le cas n'avait pas été déclaré précédemment, parce que le programme n'était pas en place, parce que la personne n'avait pas de numéro d'assurance-maladie (NAM) au moment des tests positifs antérieurs ou encore, parce que la personne avait eu un test positif sans possibilité de le déclarer. Il s'agit d'un cas qui n'avait pas été déclaré au premier test positif.*

Nouveau diagnostic : *Un nouveau diagnostic est celui établi chez un individu qui n'avait jamais été testé auparavant pour le VIH ou chez qui tous les tests antérieurs étaient négatifs. On présume que l'infection par le VIH vient d'être dépistée pour la première fois chez la personne, ce qui ne signifie pas nécessairement que l'infection soit récente. Certains nouveaux diagnostics correspondent à des infections récentes si le dépistage a été précoce, les autres correspondent à des infections anciennes tardivement dépistées.*

Depuis le début des activités de surveillance, 3 884 cas ont été répertoriés, soit 1 802 anciens diagnostics et 2 082 nouveaux. Tous ces cas représentent autant de personnes différentes dont le test VIH a été confirmé positif et auprès de qui la collecte de données a été complétée². Le système de surveillance ayant débuté en avril 2002, l'analyse de tendance n'est véritablement pertinente qu'à compter de l'année 2003.

En 2006, 724 cas, dont 255 anciens diagnostics et 469 nouveaux, ont été déclarés. Le nombre annuel d'anciens diagnostics déclarés a diminué de 46 % entre 2003 et 2006 ; puisque l'infection par le VIH est chronique et qu'un seul test de confirmation suffit à établir le diagnostic, on doit donc s'attendre à ce que le nombre des anciens cas diagnostiqués diminue dans le temps. Le nombre de cas nouvellement diagnostiqués en 2006 (n = 469) est 9 % plus élevé que celui de 2005 (n = 430), 16 % plus élevé que celui de 2004 (n = 403), mais similaire à celui de 2003 (n = 473).

1. Institut national de santé publique du Québec, *Rapport du Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Cas cumulatifs 2002-2006*, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2007.

2. Un total de 2 036 spécimens confirmés positifs provenant d'un nombre indéterminé de personnes, n'ont pu faire l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques. Jusqu'à 67 % de ces spécimens n'étaient pas reliés à un numéro d'assurance-maladie (NAM) du Québec (il s'agissait par exemple d'immigrants ou de réfugiés, ou encore de personnes testées dans un centre de dépistage anonyme ou dans le cadre d'un projet de recherche) ; ces spécimens ont été exclus des analyses présentes. Il est possible que certaines de ces personnes aient été testées préalablement ou ultérieurement avec un NAM dans le cadre de l'administration de soins, et qu'elles figurent ainsi parmi les personnes chez qui une cueillette de données épidémiologiques a pu être complétée.

Répartition par sexe et âge

En 2006, les hommes représentent 81 % de l'ensemble des cas diagnostiqués et 83 % des nouveaux diagnostics. Entre 2004 et 2006, le nombre de nouveaux diagnostics a augmenté de 23 % chez les hommes et diminué de 9 % chez les femmes. Durant cette période, le ratio hommes/femmes est passé de 3,5 à 4,8 parmi les nouveaux diagnostics.

L'âge moyen des cas est de 40,6 ans (39,6 pour les nouveaux diagnostics). En 2006, chez les hommes, les 30 à 49 ans constituent 68 % de l'ensemble des cas et 67 % des nouveaux diagnostics, alors que 3,4 % des nouveaux diagnostics ont été établis chez des hommes âgés entre 15 et 24 ans. Chez les femmes, le groupe des 30 à 49 ans représente 64 % de l'ensemble des cas et 59 % des nouveaux diagnostics, alors que 7,3 % des nouveaux diagnostics ont été établis chez des femmes âgées entre 15 et 24 ans.

Distribution géographique

En 2006, 66 % de l'ensemble des cas viennent de la région de Montréal, 9 % de la Montérégie et 7 % de la Capitale-Nationale. La Mauricie et Centre-du-Québec, l'Outaouais, Laval, Lanaudière et les Laurentides ont déclaré chacune entre 2 % et 3 % des cas (aucun cas n'a été enregistré dans les régions du Nunavik, des Terres Cries-de-la-Baie-James et du Nord-du-Québec). Les mêmes proportions sont constatées pour les nouveaux diagnostics. Entre 2004 et 2006, les nouveaux diagnostics masculins ont augmenté de 29 % dans la région de Montréal et de 31 % en Montérégie.

Facteurs d'exposition

Les cas sont classés dans des catégories d'exposition mutuellement exclusives. L'attribution de la catégorie principale d'exposition est basée sur le mode d'acquisition le plus probable selon les informations fournies par le médecin qui a procédé à la collecte de renseignements épidémiologiques.

- Les HARSAH représentent la catégorie d'exposition la plus importante, avec 45 % de l'ensemble des cas et 53 % des nouveaux diagnostics depuis le début du programme (respectivement 50 % et 56 % des cas en incluant les HARSAH qui sont également des UDI).

En 2006, 266 HARSAH ont été nouvellement diagnostiqués, soit une hausse de 32 % par rapport à 2004. Les HARSAH représentent 69 % des cas masculins nouvellement diagnostiqués en 2006, contre 64 % en 2004. Enfin, un peu plus de 1 nouveau diagnostic sur 20 (6,4 %) chez les HARSAH se rapporte à une personne âgée entre 15 et 24 ans et 1 sur 5 (19,6 %), à une personne âgée entre 15 et 29 ans.

- La deuxième catégorie en importance est celle des UDI, avec 19 % de l'ensemble des cas et 12,5 % des nouveaux diagnostics depuis le début du programme (respectivement 23 % et 15 % des cas en incluant les UDI qui sont également HARSAH).

En 2006, 42 UDI ont été nouvellement diagnostiqués, contre 44 en 2004. Le nombre et la proportion de nouveaux diagnostics parmi les UDI ont relativement peu varié depuis 2004.

- Les personnes originaires d'un pays endémique pour le VIH (un pays ayant un taux important d'infections par le VIH et où le mode prédominant de transmission est le contact hétérosexuel) représentent 16 % de l'ensemble des cas et aussi 16 % des nouveaux diagnostics depuis le début du programme. Ce sont essentiellement des personnes qui viennent d'Haïti et des pays de l'Afrique subsaharienne.

En 2006, 67 personnes originaires d'un pays endémique ont été nouvellement diagnostiquées. La situation est plutôt constante depuis le début de la surveillance. En 2006, les femmes représentent 54 % de l'ensemble des diagnostics et 42 % des nouveaux diagnostics faits chez des personnes originaires d'un pays endémique.

- Les contacts hétérosexuels à risque (avec une personne infectée par le VIH, un travailleur ou une travailleuse du sexe, un partenaire HARSAH, un ou une UDI, une personne originaire d'un pays endémique, etc.) et les contacts hétérosexuels sans aucun risque identifié représentent respectivement 4,6 % et 8,5 % de l'ensemble des cas (5,3 % et 9,1 % des nouveaux diagnostics) diagnostiqués depuis le début du programme. Ces proportions ont peu varié d'une année à l'autre.
- La part relative des sujets à la fois HARSAH et UDI, elle aussi stable, s'élève à 5,4 % de l'ensemble des cas et à 2,9 % des nouveaux diagnostics depuis le début du programme. Ces proportions ont peu varié d'une année à l'autre.
- L'importance relative des catégories « Receveur de produits sanguins » et « Receveur de facteurs de coagulation » est très faible, chacune comptant pour moins de 0,5 % de l'ensemble des cas et également pour moins de 0,5 % des nouveaux diagnostics depuis le début du programme.
- Depuis le début du programme, 33 cas, soit 0,9 % de l'ensemble des cas et 1,1 % des nouveaux diagnostics, sont attribuables à la transmission mère-enfant (infection transmise à un enfant par la mère pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement). Parmi ces enfants, 17 sont nés au Canada ; 79 % des 16 autres sont nés de mères originaires d'Haïti et de l'Afrique subsaharienne. Parmi les neuf nouveaux diagnostics chez des enfants nés au Canada, un seul a été établi chez un enfant d'origine canadienne (un autochtone).

En 2006, on a documenté deux nouveaux diagnostics de transmission mère-enfant.

La principale catégorie chez les femmes est celle des sujets originaires d'un pays endémique (43 % de l'ensemble des cas diagnostiqués depuis le début du programme), suivie des UDI (25 %), des contacts hétérosexuels sans aucun risque identifié (14 %) et des contacts hétérosexuels à risque (13 %).

Programme de surveillance de la femme enceinte

Depuis juillet 1997, date de l'entrée en vigueur du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, et jusqu'au 31 décembre 2006, 557 femmes enceintes réparties sur l'ensemble du territoire québécois ont été suivies à l'Hôpital Sainte-Justine ou de façon conjointe. Plus de la moitié (56 %) d'entre elles connaissaient leur condition avant la grossesse, 39 % ont été dépistées pendant leur grossesse et 5 % après leur grossesse ; ces dernières n'ont donc pas eu accès aux traitements préventifs.

D'après la distribution de ces femmes selon la catégorie d'exposition³, au moins 60 % d'entre elles sont originaires d'un pays où l'infection est endémique, 25 % présentent le facteur de risque contact sexuel et 10 % ont été infectées par le VIH en utilisant des drogues par injection. Enfin, le Programme a suivi deux femmes enceintes qui avaient été infectées par leur mère (transmission verticale).

3. Les catégories sont mutuellement exclusives. En revanche si une femme cumule les facteurs UDI et originaire d'un pays endémique, elle est classée dans UDI compte tenu du fait que les personnes originaires d'un pays endémique peuvent être infectées par différentes voies, ce qui rend ce facteur trop général.

La prévalence de l'infection par le VIH est estimée à 0,2 % dans la population générale. Les résultats d'études épidémiologiques québécoises portant sur la prévalence et l'incidence de l'infection par le virus l'immunodéficience humaine au sein de populations particulières sont présentés à l'annexe 4.

Population	Année de collecte	Prévalence VIH (%)	Incidence VIH (personnes/année)
UDI	1995-2006	14,5	3,2
HARSAH	2005	12,5	1,3
Personnes incarcérées (UDI et non-UDI amalgamés)	2003	3,4	
Personnes originaires d'Haïti	1994-1996	1,3	
Jeunes de la rue (UDI et non-UDI amalgamés)	2001-2004	0,9	0,9

La prévalence du VIH est nettement plus élevée au sein des UDI et des HARSAH. Jusqu'à 12,5 % des HARSAH seraient infectés par le VIH (20 % de ceux âgés entre 40 et 50 ans) alors que 15 % des utilisateurs de drogues le seraient (24 % chez les hommes âgés de 40 ans ou plus, 18 % chez les femmes âgées de 40 ans ou plus). La prévalence du VIH serait de 6,5 % parmi les UDI recrutés dans les programmes semi-urbains et atteindrait 18 % parmi les UDI recrutés dans les programmes montréalais.

Le taux d'incidence chez les UDI est de 3,2 par 100 personnes-années, ce qui signifie que chaque année, 3,2 % des UDI non infectés contractent le VIH.

Infection par le VIH: nombre de cas et ratio hommes/femmes selon l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2006

	Année du prélèvement					Total
	2002 ¹	2003	2004	2005	2006	
Anciens diagnostics						
Sexe masculin	272	348	305	228	197	1350
Sexe féminin	92	124	92	84	57	449
Transexuel	0	1	0	0	1	2
Sexe non précisé	0	0	0	1	0	1
<i>Sous total</i>	<i>364</i>	<i>473</i>	<i>397</i>	<i>313</i>	<i>255</i>	<i>1802</i>
Ratio hommes/femmes	3,0	2,8	3,3	2,7	3,5	3,0
Nouveaux diagnostics						
Sexe masculin	243	379	314	346	387	1669
Sexe féminin	64	94	89	84	81	412
Transexuel	0	0	0	0	0	0
Sexe non précisé	0	0	0	0	1	1
<i>Sous total</i>	<i>307</i>	<i>473</i>	<i>403</i>	<i>430</i>	<i>469</i>	<i>2082</i>
Ratio hommes/femmes	3,8	4,0	3,5	4,1	4,8	4,1
Total	671	946	800	743	724	3884
Ratio hommes/femmes	3,3	3,3	3,4	3,4	4,2	3,5

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH, INSPQ, octobre 2007.

1. Pour l'année 2002, le nombre de spécimens pour lesquels la collecte a été effectuée ne couvre qu'une période de huit mois et demi du fait de l'entrée en vigueur du système en avril 2002.

Infection par le VIH: nombre total et proportion des cas selon la catégorie principale d'exposition et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2006

Catégorie d'exposition	Année du prélèvement										Total	
	2002 ²		2003		2004		2005		2006 ¹		2001-2006 ¹	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HARSAH	270	40,2	415	43,9	364	45,5	352	47,4	359	49,7	1760	45,3
HARSAH et UDI	26	3,9	39	4,1	38	4,8	28	3,8	33	4,6	164	4,2
UDI	164	24,4	211	22,3	133	16,6	114	15,3	112	15,5	734	18,9
Originaire d'un pays endémique	109	16,2	147	15,5	130	16,3	124	16,7	105	14,5	615	15,8
Contact hétérosexuel à risque	30	4,5	42	4,4	37	4,6	37	5,0	33	4,6	179	4,6
Receveur de facteur de coagulation	4	0,6	3	0,3	1	0,1	2	0,3	4	0,6	14	0,4
Receveur de produits sanguins	5	0,8	2	0,2	5	0,6	5	0,7	3	0,4	20	0,5
Aucun risque identifié – contact hétérosexuel	52	7,8	71	7,5	77	9,6	61	8,2	69	9,5	330	8,5
Aucun risque identifié	6	0,9	13	1,4	9	1,1	6	0,8	0	0,0	34	0,9
Transmission mère-enfant	5	0,8	3	0,3	6	0,8	14	1,9	5	0,7	33	0,9
Total	671	100,0	946	100,0	800	100,0	743	100,0	743	100,0	3883	100,0

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH, INSPQ, octobre 2007.

Infection par le VIH: nombre et proportion des nouveaux diagnostics selon la catégorie principale d'exposition et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2006

Catégorie d'exposition	Année du prélèvement										Total	
	2002 ²		2003		2004		2005		2006 ¹		2001-2006 ¹	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HARSAH	148	48,2	239	50,5	201	49,9	242	56,3	266	56,8	1096	52,7
HARSAH et UDI	4	1,3	19	4,0	14	3,5	9	2,1	15	3,2	61	2,9
UDI	57	18,6	76	16,1	44	10,9	41	9,5	42	9,0	260	12,5
Originaire d'un pays endémique	47	15,3	73	15,4	71	17,6	64	14,9	67	14,3	322	15,5
Contact hétérosexuel à risque	16	5,2	25	5,3	20	5,0	23	5,4	27	5,8	111	5,3
Receveur de facteur de coagulation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,1
Receveur de produits sanguins	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	2	0,4	4	0,2
Aucun risque identifié – contact hétérosexuel	28	9,1	34	7,2	43	10,7	39	9,1	46	9,8	190	9,1
Aucun risque identifié	2	0,7	5	1,1	5	1,2	5	1,2	0	0,0	17	0,8
Transmission mère-enfant	4	1,3	2	0,4	4	1,0	7	1,6	2	0,4	19	0,9
Total	307	100,0	473	100,0	403	100,0	430	100,0	468	100,0	2081	100,0

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH, INSPQ, octobre 2007.

1. Exclut un cas dont la catégorie principale d'exposition n'a pu être déterminée.
2. En 2002, le nombre de spécimens pour lesquels la collecte a été effectuée ne couvre qu'une période de huit mois et demi en raison de l'entrée en vigueur du système en avril 2002.

2. Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection par le VIH

Le programme de surveillance comporte des limites. Les données du programme de surveillance ne permettent d'estimer ni le nombre total de personnes vivant avec le VIH au Québec, ni le nombre total de personnes qui ont été infectées pendant la période de référence.

Dans les estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection par le VIH qu'elle produit pour la province de Québec, l'Agence canadienne de la santé publique (ACSP) prend en compte les données du programme de surveillance et celles d'études épidémiologiques réalisées auprès de diverses populations et présente 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 datent de 2005.

Prévalence

Selon l'ACSP, à la fin de 2005, environ 16 460 personnes au Québec (entre 13 300 et 19 600) sont porteuses de l'infection à VIH (chiffre qui comprend les personnes atteintes du sida). Cela représente une hausse d'environ 8 % par rapport à l'estimation de 15 200 personnes (entre 12 400 et 18 100) faite à la fin de 2002.

La distribution des infections existantes selon la catégorie d'exposition, basée sur l'estimation de 16 460 porteurs, montre que 8 660 d'entre eux (53 %) seraient des HARSAH, 2 530 (15 %) des UDI, 2 450 (15 %) des hétérosexuels originaires d'un pays endémique, 1 900 (12 %) des hétérosexuels originaires d'un pays non endémique, 770 (5 %) des HARSAH qui sont aussi des UDI, alors que 140 cas d'infection (1 %) seraient attribuables à d'autres expositions. Les femmes comptent pour 19 % de l'ensemble des cas existants, plus précisément pour 31 % des cas UDI et 54 % des cas hétérosexuels/pays endémique et pays non endémique combinés.

Incidence

Toujours selon l'ACSP, l'incidence en 2005 serait pratiquement identique à celle de 2002. Le Québec aurait ainsi enregistré, en 2005, entre 500 et 1 400 nouvelles infections au VIH, comparativement à l'intervalle de 560 à 1 400 estimé pour 2002.

Ces nouveaux cas d'infection au VIH sont constitués de 290 à 600 HARSAH (47 %), de 100 à 220 UDI (17 %), de 100 à 230 hétérosexuels originaires d'un pays endémique (17 %), de 90 à 190 hétérosexuels originaires d'un pays non endémique (15 %), de 25 à 55 HARSAH qui sont également UDI (4 %), et moins de 10 cas sont attribuables à d'autres expositions. Les femmes représentent 22 % de l'ensemble des cas incidents, plus précisément 31 % des cas UDI et 52 % des cas hétérosexuels/pays endémique et pays non endémique combinés.

Estimation de la prévalence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées par catégorie d'exposition*, Québec, 2005

	HARSAH	HARSAH et UDI	UDI	Contact hétérosexuel / Pays endémique	Contact hétérosexuel / Pays non endémique	Autre	Total
Nombre	8 660	770	2 530	2 450	1 900	140	16 460
Étendue	7 000-10 300	500-1 050	2 000-3 100	1 800-3 100	1 400-2 400	90-190	13 300-19 600
% du total	53 %	5 %	15 %	15 %	12 %	1 %	

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

Source : ACSP, communication personnelle de C. Archibald, octobre 2006.

Estimation de la prévalence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées par catégorie d'exposition*, femmes, Québec, 2005

	UDI	Contact hétérosexuel / Pays endémique et Pays non endémique combinés	Autre	Toutes catégories
Nombre	790	2 350	40	3 180
Étendue	570-1 010	1 860-2 840	20-60	2 540-3 820
% approximatif du total chez les femmes	25 %	74 %	1 %	
% approximatif du total de femmes pour cette catégorie d'exposition	31 %	54 %	29 %	19 %

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

Source : ACSP, communication personnelle de C. Archibald, octobre 2006.

*Catégories d'exposition

- HARSAH : homme ayant des relations sexuelles avec des hommes.
- UDI : utilisateurs de drogues par injection.
- HARSAH et UDI : sujets à la fois HARSAH et UDI.
- Contact hétérosexuel / pays endémique : hétérosexuels non-UDI, originaires d'un pays où les contacts hétérosexuels constituent le mode prédominant de transmission du VIH et où la prévalence du VIH est élevée (surtout des pays de l'Afrique subsaharienne et des Caraïbes).
- Contact hétérosexuel / pays non endémique : contacts hétérosexuels avec une personne infectée par le VIH ou présentant un risque élevé de contracter le VIH ou encore personne pour qui les contacts hétérosexuels constituent le seul facteur de risque connu.
- Autres : receveurs de produits sanguins ou de facteurs de coagulation et cas de transmission périnatale et professionnelle.

Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées par catégorie d'exposition*, Québec, 2005

	HARSAH	HARSAH et UDI	UDI	Contact hétérosexuel / Pays endémique	Contact hétérosexuel / Pays non endémique	Autre	Total
Étendue	290-600	25-55	100-220	100-230	90-190	< 10	500-1 400
% du total	47 %	4 %	17 %	17 %	15 %		

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

Source : ACSP, communication personnelle de C. Archibald, octobre 2006.

Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées par catégorie d'exposition*, femmes, Québec, 2005

	UDI	Contact hétérosexuel / Pays endémique et pays non endémique combinés	Autre	Toutes catégories
Étendue	25-75	100-220	<10	145-275
% approximatif du total chez les femmes	24 %	76 %	<1 %	
% approximatif des femmes pour cette catégorie d'exposition	31 %	52 %		22 %

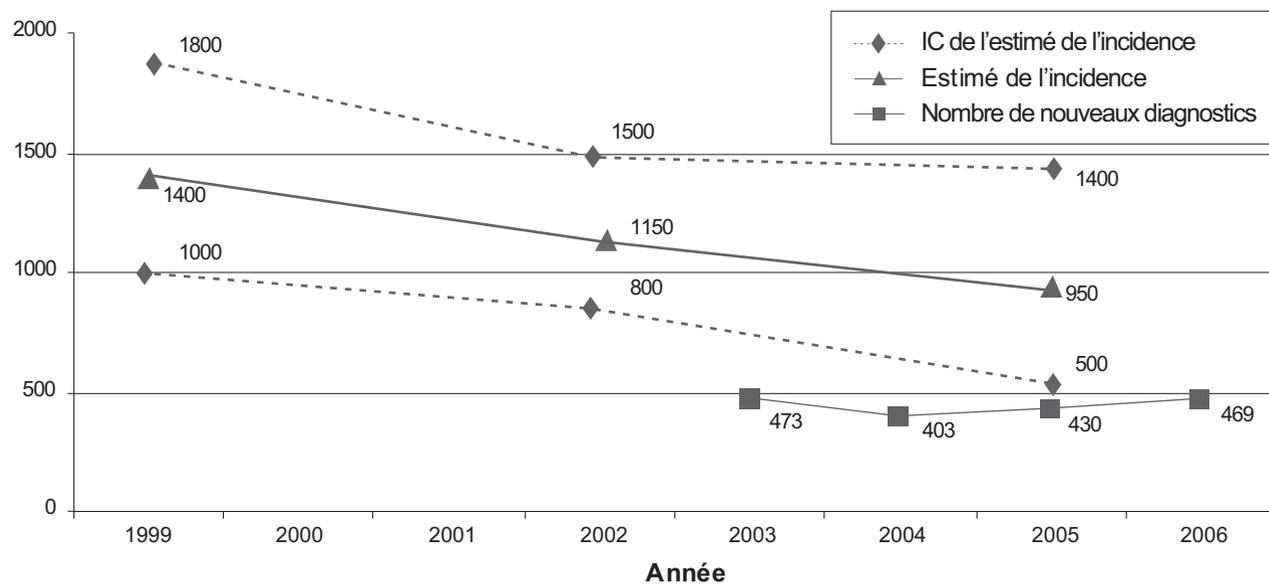
Les estimations ponctuelles et les étendues d'incertitude associées sont arrondies

Source : ACSP, communication personnelle de C. Archibald, octobre 2006.

*Catégories d'exposition

- HARSAH : homme ayant des relations sexuelles avec des hommes.
- UDI : utilisateurs de drogues par injection.
- HARSAH et UDI : sujets à la fois HARSAH et UDI.
- Contact hétérosexuel / pays endémique : hétérosexuels non-UDI, originaires d'un pays où les contacts hétérosexuels constituent le mode prédominant de transmission du VIH et où la prévalence du VIH est élevée (surtout des pays de l'Afrique subsaharienne et des Caraïbes).
- Contact hétérosexuel / pays non endémique : contacts hétérosexuels avec une personne infectée par le VIH ou présentant un risque élevé de contracter le VIH ou encore personne pour qui les contacts hétérosexuels constituent le seul facteur de risque connu.
- Autres : receveurs de produits sanguins ou de facteurs de coagulation et cas de transmission périnatale et professionnelle.

Estimé d'incidence et nombre de «nouveaux diagnostics» d'infection par le VIH, Québec, 1999 à 2006



Source : Estimé d'incidence et nombre de « nouveaux diagnostics » d'infection au VIH au Québec – 1999 à 2006.

3. Programme de surveillance du sida

Le sida, ou syndrome d'immunodéficience acquise, constitue le stade avancé de l'infection par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine). Les plus récentes données du Programme de surveillance du sida remontent à juin 2004.

Depuis l'apparition des premiers cas de sida au début des années 1980, jusqu'à juin 2004, plus de 6 000 cas ont été déclarés au Québec. Le nombre de cas chez les femmes représente 12 % de l'ensemble des cas cumulés. On trouve de 75 % à 83 % des cas dans la région de Montréal, 6 % des cas en Montérégie et 5 % des cas dans la région de la Capitale-Nationale. L'incidence annuelle a atteint un sommet au cours des années 1993 et 1994 pour ensuite diminuer graduellement, passant de 577 cas en 1994 à moins de 100 à compter de 2001.

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

Catégorie d'exposition	Période de diagnostic				
	1979-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2001	2002-2004*
HARSAH	75,5	70,3	60,3	52,2	62,5
HARSAH et UDI	4,7	6,4	5,3	6,5	2,3
UDI	2,0	7,7	13,8	17,5	13,3
Facteurs de coagulation	2,1	1,0	0,9	1,4	0,0
Originaire d'un pays endémique	7,8	6,9	9,1	9,1	9,4
Contact hétérosexuel	1,2	1,0	1,5	2,2	2,3
Transfusé	1,2	0,3	1,2	0,0	0,8
Transmission mère-enfant	0,9	0,7	0,6	0,4	0,0
Aucun facteur de risque identifié (contact hétérosexuel possible)	1,9	2,1	5,2	5,0	4,7
Aucun facteur de risque identifié	2,6	3,6	2,1	5,7	4,7
Total, toute catégorie	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : INSPQ, novembre 2004.

* Les six premiers mois de 2004.

Le tableau ci-dessus présente la proportion de 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 HARSAH représentaient 76 % de tous les cas masculins déclarés. Par la suite, l'importance relative de ce groupe a diminué, pour atteindre 52 % durant la période 1999-2001. Elle est cependant remontée à 63 % au cours de la période allant de janvier 2002 à juin 2004. La proportion de cas déclarés chez les hommes UDI, y compris les HARSAH-UDI, a augmenté de 1979 à 2001, passant de 7 % à 24 %, pour ensuite baisser à 16 %. La proportion de cas chez les hommes originaires d'un pays endémique a constamment augmenté, pour atteindre un sommet de 9 % en 2002-2004. La proportion d'hommes infectés par contact hétérosexuel a également augmenté à 2 % autour de 1999 et semble se maintenir à ce niveau depuis. Enfin, la majorité des cas de sida des 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, femmes, Québec

Catégorie d'exposition	Période de diagnostic				
	1979-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2001	2002-2004*
UDI	8,5	21,5	31,9	26,0	33,3
Facteurs de coagulation	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Originaire d'un pays endémique	42,1	32,5	27,1	52,0	41,7
Contact hétérosexuel	27,3	25,1	21,7	10,0	16,7
Transfusé	8,2	2,6	2,3	0,0	0,0
Transmission mère-enfant	8,5	7,3	6,2	2,0	0,0
Aucun facteur de risque identifié (contact hétérosexuel possible)	3,0	7,3	5,4	6,0	8,3
Aucun facteur de risque identifié	2,1	3,7	5,4	4,0	0,0
Total, toute catégorie	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : INSPQ, novembre 2004.

* Les six premiers mois de 2004.

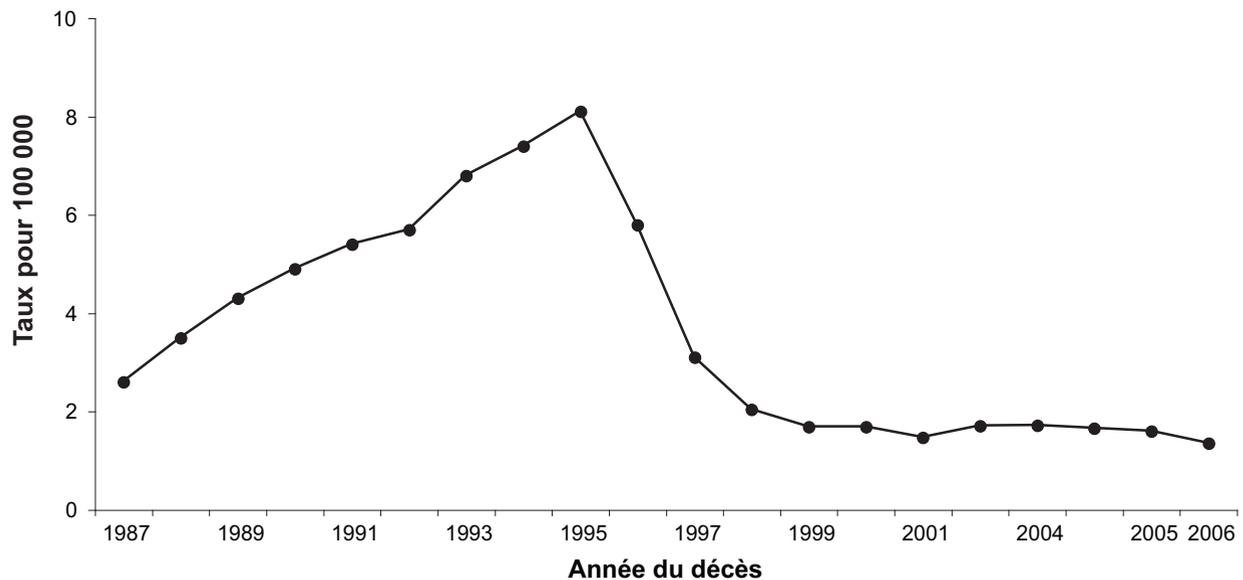
Le tableau ci-dessus présente la proportion de cas appartenant à chacune des catégories d'exposition parmi tous les cas féminins (y compris les enfants). L'importance d'une catégorie est donc liée à celle des autres catégories. Les proportions pour la période allant de janvier 2002 à juin 2004 doivent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

Les femmes originaires d'un pays endémique ont toujours représenté la proportion la plus importante des cas féminins de sida, même si cette proportion a connu des variations entre les périodes étudiées. Par ailleurs, la proportion de cas déclarés chez les femmes UDI a augmenté constamment, passant de 9 % en 1979-1992 à 33 % en 2002-2004. La proportion de femmes infectées par contact hétérosexuel a diminué régulièrement entre 1979-1992 et 1999-2001, passant de 27 % à 10 %; elle a cependant augmenté à 17 % en 2002-2004. Enfin, la majorité des cas de sida des catégories « Transfusé » et « Facteurs de coagulation » diagnostiqués depuis 1985 ont contracté l'infection avant novembre 1985.

4. Mortalité due au sida

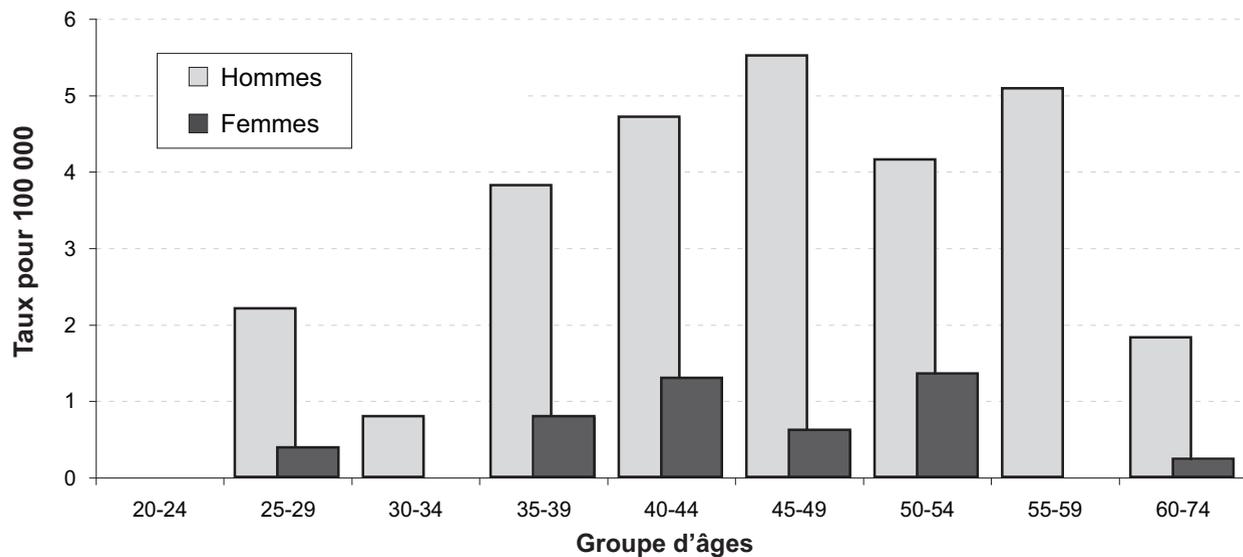
Au Québec, entre 1983 et 2006, 5 427 décès ont été associés au sida. Entre 1987 et 1995, le taux de mortalité associé au sida a augmenté de façon dramatique, pour atteindre un sommet. C'est en effet en 1995 qu'on enregistre le plus grand nombre de décès par sida au Québec, soit 586, dont 90 % sont de sexe masculin. Le taux s'élève alors à 8,1 par 100 000 personnes. À compter de 1996, la mortalité liée au sida recule de façon spectaculaire, si bien qu'en 2001, le taux chute à un plancher de 1,5 par 100 000 personnes, soit une baisse de 82 % par rapport à 1995. Une légère hausse a été enregistrée en 2002 et 2003 (taux de 3,1 par 100 000), suivie d'une nouvelle baisse en 2004 et 2005. En 2006, le taux s'établit à 1,4 par 100 000, soit 103 décès, dont 85 % chez des hommes. Parmi les hommes décédés, 25 % étaient âgés entre 35 et 44 ans et 30 % entre 45 et 54 ans.

Taux brut de mortalité par sida, sexes réunis, Québec, 1987 à 2006



Source : Institut de la statistique du Québec, Fichier des décès, 2006 (fichier non fermé), communication personnelle de Louis Duchesne.

Taux de mortalité par sida selon l'âge et le sexe, Québec, 2006



Source : Institut de la statistique du Québec, Fichier des décès, 2006 (fichier non fermé), communication personnelle de Louis Duchesne.

SOURCES DES DONNÉES

ADRIEN, A., V. LEAUNE, R. REMIS et coll. « Migration and HIV : An epidemiological study of Montrealers of Haitian origin ». *International Journal of STD and AIDS*, vol. 10, n° 4, 1999, p. 237-242.

ALARY, M., G. GODIN, G. LAMBERT et coll. *Étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention*, étude réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec l'Unité de recherche en santé des populations du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec et le Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, [En ligne]. [http://www.uresp.ulaval.ca/telechargements/Prison_fevrier_2005.pdf].

ALLARD, P.R., R. PARENT et M. MONDOR. *Vigie intensifiée de l'infection gonococcique résistante à la ciprofloxacine au Québec, cas déclarés entre le 1^{er} juin 2005 et le 31 mai 2006, Montréal et hors Montréal*, Institut national de santé publique du Québec, décembre 2006.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection au VIH et étendues d'incertitude associées, par catégorie d'exposition, Province de Québec, 2005 », 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, communications personnelles de C. Archibald, octobre 2006.

BITERA, R., M. ALARY, M. FAUVEL, R. PARENT et coll. *Rapport de surveillance de l'infection (PSI) par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Cas cumulatifs 2002-2006*, rapport réalisé par l'Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec l'Unité de recherche en santé des populations du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca>].

BRUNEAU, J. « Données de prévalence et d'incidence de l'infection par le VIH et du virus de l'hépatite C au sein des participants à la Cohorte Saint-Luc entre 1992 et 2004 (VIH) et entre le 1^{er} novembre 2004 et le 2 octobre 2007 (VHC) », communication personnelle, octobre 2007.

DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE, et coll. *Enquête sociale et de santé 1998*, chapitre 9 sur la sexualité, 2^e édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, 1998.

ADRIEN, A., V. LEAUNE et D. AUGER. « Comportements sexuels et utilisation du condom », Institut de la statistique du Québec, 2000.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. « Données de mortalité par sida », communication personnelle de Louis Duchesne, octobre 2007.

HALEY, N., E. ROY, P. LECLERC, G. LAMBERT, J.F. BOIVIN, L. CEDRAS et J. VINCELETTE. « Risk behaviors and prevalence of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* genital infections among Montreal street youth », *International Journal of STD and AIDS*, vol. 13, n° 4, 2002, p. 238-245.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Rapport du Programme de surveillance du sida du Québec, Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Cas cumulatifs 1979-2004, mise à jour au 30 juin 2004, Province de Québec*, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca>].

LAMBERT, G. E. LACOMBE, L.R. FRIGAULT, C. TREMBLAY et F. TREMBLAY. « JE PASSE LE TEST », Enquête santé sexuelle et offre de dépistage de la chlamydie sur prélèvement urinaire auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal, rapport d'étape : octobre 2005 à novembre 2006, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, [En ligne]. [http://www.santepubmtl.qc.ca/Publication/pdfits/Rapport_etape.pdf].

LAMBERT, G., J. COX, F. TREMBLAY, L.R. FRIGAULT, C. TREMBLAY et coll. *ARGUS 2005: Sommaire de l'Enquête sur l'infection au VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risques associés chez les hommes de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH)*, Direction de santé publique de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence canadienne de santé publique, [En ligne].
[<http://www.argusquebec.ca/resultats/SommaireArgus2005.pdf>].

LAMBERT, G. et C. TREMBLAY. *Vigie intensifiée de la lymphogranulomatose à Montréal, cas déclarés entre le 1^{er} août 2004 et le 31 juillet 2007*, analyses périodiques des données du fichier DCIMI, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de la santé publique, octobre 2007.

LAMBERT, G. et C. TREMBLAY. *Vigie intensifiée de la syphilis infectieuse à Montréal, cas déclarés entre le 1^{er} septembre 2000 et le 30 septembre 2007*, analyses périodiques des données du fichier DCIMI, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de la santé publique, octobre 2007.

LECLERC, P., K. JOCHEM et J. COX. *Le point VHC. Portrait de l'hépatite C à Montréal*, enquêtes réalisées par les médecins traitants, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de la santé publique, juillet 2007.

LECLERC, P., C. MORISSETTE, E. ROY et coll. « Awareness of HIV and HCV status among infected IDUs in Montréal », Communication présentée à la 16^e Conférence canadienne de recherche sur le VIH/sida, Toronto, avril 2007.

PARENT, R., S. VENNE, G. LAMBERT, P.R. ALLARD, P.R. et E. DEMERS. *Enquêtes de vigie intensifiée de la syphilis infectieuse au Québec, cas déclarés entre le 1^{er} août 2004 et le 31 juillet 2005*, Institut national de santé publique du Québec et Bureau de surveillance et de vigie, (MSSS), mai 2006.

PARENT, R., M. ALARY, C. MORISSETTE, E. ROY, P. LECLERC et coll. *Épidémiologie du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogues par injection*, Le réseau I-Track-SurvUDI, rapport de surveillance, Épidémiologie du VIH 1995 à 2006, Épidémiologie du VHC 2003 à 2006, Institut national de santé publique du Québec, [En ligne].
[<http://www.inspq.qc.ca>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Statistiques d'analyses du Laboratoire de santé publique du Québec, *Rapport STATLABO*, vol. 6, n° 10, octobre 2007.

REMIS, R.S., M. ALARY, J. OTIS, D. DEMERS et coll. « Trends of incidence and sexual behaviour in a cohort of men who have sex with men (MSM) in Montreal, 1996-2003 », communication présentée à la 13^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, Montréal, 2004, *Canadian Journal of Infectious Diseases*, vol. 15, suppl. A, p. A54, 2004.

ROY, E., N. HALEY, G. GODIN et coll. *Les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue*, rapport d'étape n° 4, Montréal, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, octobre 2005.

HÔPITAL SAINTE-JUSTINE. *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse*, Centre maternel et infantile sur le sida, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, communications personnelles de J. SAMSON et N. LAPOINTE, octobre 2007.

Données du registre MAD0 du Laboratoire de santé publique du Québec. Les données ont été extraites le 10 octobre 2007 par le Bureau de surveillance et de vigie de la Direction de la protection de la santé publique (MSSS). Les projections pour l'année 2007 (nombre de cas) reposent sur le nombre de cas survenus au cours des 9 premières périodes CDC de l'année (une année comptant 13 périodes de 4 semaines chacune), soit du 1^{er} janvier au 8 septembre 2007, et déclarés au fichier MAD0 au 10 octobre 2007.

ANNEXE 1

Nombre de cas déclarés et taux d'incidence selon l'âge pour certaines ITSS, population masculine, Québec, 2006

Taux pour 100 000 personnes

Âge	Chlamydia génitale		Infection gonococcique		Hépatite B ¹		Hépatite C		LGV ²		Syphilis infectieuse ³		VIH ^{2,4}	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
< 1 an	0	0,0	0	0,0	1	2,6	1	2,6			0	0,0		
01-14	3	0,5	1	0,2	6	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
15-19	475	195,8	68	28,0	12	4,9	13	5,4	0	0,0	3	1,2	2	0,8
20-24	1 390	559,9	183	73,7	28	11,3	48	19,3	5	2,0	23	9,3	16	6,4
25-29	898	330,2	168	61,8	71	26,1	103	37,9	2	0,7	29	10,7	41	15,1
30-34	414	165,0	114	45,4	88	35,1	114	45,4	6	2,4	43	17,1	55	21,9
35-39	260	99,2	108	41,2	85	32,4	188	71,7	6	2,3	60	22,9	73	27,8
40-44	158	49,6	91	28,6	84	26,4	275	86,4	12	3,8	78	24,5	77	24,2
45-49	101	31,0	68	20,8	63	19,3	290	88,9	9	2,8	66	20,2	52	15,9
50-54	48	16,6	39	13,5	53	18,3	230	79,6	1	0,3	30	10,4	32	11,1
55-64	36	7,8	37	8,0	85	18,4	140	30,4	3	0,7	34	7,9	32	6,9
65 ans +	9	2,0	3	0,7	48	10,6	64	14,2	0	0,0	5	1,1	6	1,3
Inc	14		25		0		6		0		0		0	
Total	3 806	101,4	905	24,1	624	16,6	1 472	39,2	44	1,17	371	9,9	387	10,3

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007 et le 31 octobre 2007 pour la LGV.

1. Comprend tous les cas d'hépatite B aiguë, chronique et non précisée.
2. Les données (N et Tx) ont été regroupées pour les 0-14 ans.
3. Comprend tous les cas de syphilis latente moins d'un an, syphilis primaire et syphilis secondaire.
4. Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ).

Nombre de cas déclarés et taux d'incidence selon l'âge pour certaines ITSS, population féminine, Québec, 2006

Taux pour 100 000 personnes

Âge	Chlamydia génitale		Infection gonococcique		Hépatite B ¹		Hépatite C		LGV ²		Syphilis infectieuse ³		VIH ^{2,4}	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
< 1 an	3	8,3	1	2,8	2	5,5	4	11,1	0	0,0	0	0,0		
01-14	95	16,8	7	1,2	7	1,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2
15-19	3 058	1319,7	112	48,3	13	5,6	12	5,2	0	0,0	0	0,0	2	0,9
20-24	3 344	1420,8	125	53,1	30	12,7	47	20,0	0	0,0	2	0,8	7	3,0
25-29	1 458	564,4	49	19,0	76	29,4	63	24,4	0	0,0	0	0,0	14	5,4
30-34	548	229,6	27	11,3	81	33,9	55	23,0	0	0,0	1	0,4	12	5,0
35-39	265	105,4	10	4,0	48	19,1	92	36,6	0	0,0	2	0,8	15	6,0
40-44	118	38,2	8	2,6	31	10,0	102	33,0	0	0,0	1	0,3	7	2,3
45-49	40	12,3	4	1,2	15	4,6	92	28,2	0	0,0	0	0,0	10	3,1
50-54	31	10,5	3	1,0	24	8,1	64	21,6	0	0,0	0	0,0	5	1,7
55-64	16	3,3	2	0,4	44	9,1	75	15,6	0	0,0	0	0,0	4	0,8
65 ans +	2	0,3	3	0,5	26	4,2	85	13,7	0	0,0	0	0,0	4	0,6
Inc	18		15		1		5		0		0		0	
Total	8 996	233,7	366	9,5	398	10,3	697	18,1	0	0,0	6	0,2	81	2,1

Nombre de cas déclarés et taux d'incidence selon l'âge pour certaines ITSS, sexes réunis, Québec, 2006

Taux pour 100 000 personnes

Âge	Chlamydia génitale		Infection gonococcique		Hépatite B ¹		Hépatite C		LGV ²		Syphilis infectieuse ³		VIH ^{2,4}	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
< 1 an	3	4,0	1	1,3	3	4,0	5	6,7			0	0,0		
01-14	98	8,4	8	0,7	13	1,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	2	0,2
15-19	3 536	745,5	180	37,9	25	5,3	25	5,3	0	0,0	3	0,6	4	0,8
20-24	4 740	980,1	309	63,9	59	12,2	96	19,8	5	1,0	25	5,2	23	4,8
25-29	2 359	444,9	217	40,9	147	27,7	167	31,5	2	0,4	29	5,5	55	10,4
30-34	963	196,7	142	29,0	169	34,5	171	34,9	6	1,2	44	9,0	67	13,7
35-39	526	102,4	118	23,0	133	25,9	280	54,5	6	1,2	62	12,1	88	17,1
40-44	276	44,0	99	15,8	115	18,3	378	60,3	12	1,9	79	12,6	85	13,6
45-49	141	21,6	72	11,0	78	12,0	383	58,7	9	1,4	66	10,1	62	9,5
50-54	79	13,5	43	7,4	77	13,2	295	50,4	1	0,2	30	5,1	37	6,3
55-64	52	5,5	39	4,1	129	13,7	216	22,9	3	0,3	34	3,6	36	3,8
65 ans +	11	1,0	6	0,6	74	6,9	149	13,9	0	0,0	5	0,5	10	0,9
Inc	58		41		11		37				0		0	
Total⁵	12 842	168,9	1 275	16,8	1 033	13,6	2 203	29,0	44	0,58	377	5,0	469	6,2

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007 et le 31 octobre 2007 pour la LGV.

1. Comprend tous les cas d'hépatite B aiguë, chronique et non précisée.
2. Les données (N et Tx) ont été regroupées pour les 0-14 ans.
3. Comprend tous les cas de syphilis latente moins d'un an, syphilis primaire et syphilis secondaire.
4. Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ).
5. Ce total inclut les cas déclarés de sexes inconnus. C'est ce qui explique qu'il peut être supérieur à la somme des cas masculins et féminins.

ANNEXE 2

Chlamydie génitale: nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence brut selon la région, sexes réunis, Québec, 2002 à 2007p¹

Taux pour 100 000 personnes

Région	2002		2003		2004		2005		2006		2007p ¹	
	N	Tx	N	Tx								
Bas-Saint-Laurent	232	114,0	293	144,5	256	126,7	303	150,6	251	125,2	208	104,2
Saguenay–Lac-Saint-Jean	387	137,6	413	148,0	447	161,3	387	140,5	390	142,2	415	151,7
Capitale-Nationale	1 004	153,0	1 252	189,5	1 275	192,0	1 230	184,4	1 266	189,1	1 195	178,1
Mauricie et Centre-du-Québec	749	155,0	891	184,2	1 052	217,3	1 028	212,3	1 015	209,5	1 005	207,5
Estrie	495	168,5	574	193,7	594	198,8	571	189,7	482	159,1	454	148,9
Montréal	3 234	173,8	3 456	185,2	3 234	172,7	3 350	177,9	3 515	185,5	3 520	184,4
Outaouais	518	157,9	495	148,4	560	165,6	588	171,8	586	169,6	573	164,7
Abitibi-Témiscamingue	291	197,2	304	208,1	305	210,6	332	230,8	314	219,6	367	257,8
Côte-Nord	248	251,6	276	283,3	329	341,2	316	330,7	259	273,2	300	318,9
Nord-du-Québec	26	159,4	35	218,9	40	255,2	39	254,2	30	200,0	38	256,4
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	95	97,1	115	118,5	132	137,1	108	113,1	111	117,2	104	110,8
Chaudière-Appalaches	319	81,4	369	93,9	427	108,5	418	106,0	395	100,0	351	88,7
Laval	483	136,3	510	142,3	583	160,9	596	163,0	602	163,4	594	160,0
Lanaudière	402	100,1	509	125,1	548	133,1	580	139,5	684	163,2	633	149,9
Laurentides	788	163,9	866	176,8	935	187,7	876	173,2	859	167,6	897	173,1
Montérégie	1 323	99,9	1 486	111,2	1 665	123,6	1 522	112,2	1 603	117,5	1 702	124,1
Nunavik	370	3 701,9	294	2 906,9	283	2 762,1	267	2 573,5	270	2 572,2	290	2 735,1
Terres-Cries-de-la-Baie-James	102	770,1	149	1 103,9	183	1 332,0	188	1 348,1	203	1 437,9	204	1 428,8
Province de Québec	11 073	148,8	12 297	164,3	12 863	170,9	12 703	167,9	12 842	168,9	12 851	168,3

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

1. Pour 2007, le nombre de cas est une projection du nombre de cas observés au terme des neuf premières périodes (soit 36 semaines). Ce nombre est obtenu ainsi : (N observés / 36 semaines) * 52 semaines. Le taux est calculé à partir de ce nombre projeté.

Infection gonococcique: nombre de cas déclarés et taux d'incidence brut par région, sexes réunis, Québec, 2002 à 2007p¹

Taux pour 100 000 personnes

Région	2002		2003		2004		2005		2006		2007p ¹	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Bas-Saint-Laurent	6	2,9	1	0,5	2	1,0	3	1,5	5	2,5	1	0,7
Saguenay–Lac-Saint-Jean	6	2,1	10	3,6	6	2,2	2	0,7	9	3,3	6	2,1
Capitale-Nationale	38	5,8	51	7,7	33	5,0	47	7,0	58	8,7	74	11,0
Mauricie et Centre-du-Québec	16	3,3	18	3,7	12	2,5	20	4,1	32	6,6	29	6,0
Estrie	16	5,4	18	6,1	9	3,0	10	3,3	12	4,0	13	4,3
Montréal	523	28,1	505	27,1	549	29,3	554	29,4	741	39,1	870	45,5
Outaouais	26	7,9	33	9,9	43	12,7	35	10,2	33	9,6	26	7,5
Abitibi-Témiscamingue	1	0,7	10	6,8	3	2,1	4	2,8	9	6,3	6	4,1
Côte-Nord	1	1,0	2	2,1	6	6,2	1	1,0	0	0,0	4	4,6
Nord-du-Québec	4	24,5	3	18,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	3	3,1
Chaudière-Appalaches	8	2,0	7	1,8	6	1,5	9	2,3	11	2,8	14	3,7
Laval	37	10,4	35	9,8	21	5,8	45	12,3	51	13,8	85	23,0
Lanaudière	19	4,7	22	5,4	15	3,6	20	4,8	44	10,5	42	9,9
Laurentides	34	7,1	28	5,7	24	4,8	18	3,6	54	10,5	38	7,2
Montérégie	96	7,2	91	6,8	68	5,0	94	6,9	133	9,7	137	10,0
Nunavik	47	470,2	44	435,0	16	156,2	27	260,2	61	581,1	33	313,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	7,6	6	44,5	13	94,6	12	86,0	20	141,7	10	70,9
Province de Québec	880	11,8	884	11,8	826	11,0	901	11,9	1 275	16,8	1 391	18,2

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

1. Pour 2007, le nombre de cas est une projection du nombre de cas observés au terme des neuf premières périodes (soit 36 semaines). Ce nombre est obtenu ainsi : (N observés / 36 semaines) * 52 semaines. Le taux est calculé à partir de ce nombre projeté.

Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée): nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence selon la région, sexes réunis, Québec, 2002 à 2007p¹

Taux pour 100 000 personnes

Région	2002		2003		2004		2005		2006		2007p ¹	
	N	Tx	N	Tx								
Bas-Saint-Laurent	10	4,9	4	2,0	14	6,9	5	2,5	7	3,5	0	0,0
Saguenay–Lac-Saint-Jean	13	4,6	13	4,7	17	6,1	7	2,5	7	2,6	9	3,2
Capitale-Nationale	69	10,5	64	9,7	70	10,5	61	9,1	47	7,0	43	6,5
Mauricie et Centre-du-Québec	26	5,4	19	3,9	19	3,9	20	4,1	17	3,5	26	5,4
Estrie	31	10,6	29	9,8	18	6,0	19	6,3	25	8,3	29	9,5
Montréal	764	41,1	737	39,5	739	39,5	708	37,6	663	35,0	647	33,9
Outaouais	21	6,4	31	9,3	22	6,5	48	14,0	31	9,0	36	10,4
Abitibi-Témiscamingue	6	4,1	4	2,7	8	5,5	7	4,9	2	1,4	9	6,1
Côte-Nord	5	5,1	3	3,1	6	6,2	5	5,2	3	3,2	0	0,0
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	2	12,8	0	0,0	1	6,7	0	0,0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	4	4,1	6	6,2	5	5,2	2	2,1	2	2,1	1	1,5
Chaudière-Appalaches	11	2,8	13	3,3	14	3,6	8	2,0	12	3,0	12	2,9
Laval	59	16,7	47	13,1	59	16,3	35	9,6	50	13,6	42	11,3
Lanaudière	13	3,2	18	4,4	14	3,4	9	2,2	10	2,4	14	3,4
Laurentides	41	8,5	31	6,3	24	4,8	18	3,6	29	5,7	14	2,8
Montérégie	117	8,8	101	7,6	132	9,8	115	8,5	123	9,0	111	8,1
Nunavik	0	0,0	3	29,7	2	19,5	0	0,0	1	9,5	0	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	2	15,1	2	14,8	2	14,6	0	0,0	3	21,2	0	0,0
Province de Québec	1 192	16,0	1 125	15,0	1 167	15,5	1 067	14,1	1 033	13,6	994	13,0

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

1. Pour 2007, le nombre de cas est une projection du nombre de cas observés au terme des neuf premières périodes (soit 36 semaines). Ce nombre est obtenu ainsi : (N observés / 36 semaines) * 52 semaines. Le taux est calculé à partir de ce nombre projeté.

Hépatite C: nombre de cas déclarés et taux d'incidence selon la région, sexes réunis, Québec, 2002 à 2007p¹

Taux pour 100 000 personnes

Région	2002		2003		2004		2005		2006		2007p ¹	
	N	Tx	N	Tx								
Bas-Saint-Laurent	20	9,8	27	13,3	18	8,9	14	7,0	10	5,0	19	9,4
Saguenay–Lac-Saint-Jean	31	11,0	28	10,0	27	9,7	27	9,8	24	8,8	25	9,0
Capitale-Nationale	180	27,4	158	23,9	175	26,3	165	24,7	145	21,7	111	16,6
Mauricie et Centre-du-Québec	135	27,9	111	23,0	124	25,6	112	23,1	141	29,1	94	19,4
Estrie	77	26,2	79	26,7	76	25,4	77	25,6	74	24,4	84	27,5
Montréal	1 072	57,6	925	49,6	1 290	68,9	1 146	60,9	971	51,3	836	43,8
Outaouais	117	35,7	118	35,4	107	31,6	93	27,2	95	27,5	81	23,2
Abitibi-Témiscamingue	30	20,3	37	25,3	51	35,2	36	25,0	42	29,4	42	29,4
Côte-Nord	11	11,2	12	12,3	24	24,9	10	10,5	17	17,9	10	10,7
Nord-du-Québec	3	18,4	2	12,5	3	19,1	1	6,5	2	13,3	0	0,0
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	11	11,2	12	12,4	15	15,6	11	11,5	13	13,7	10	10,8
Chaudière-Appalaches	52	13,3	45	11,5	36	9,1	55	13,9	52	13,2	45	11,3
Laval	103	29,1	70	19,5	122	33,7	96	26,3	86	23,3	65	17,5
Lanaudière	78	19,4	59	14,5	84	20,4	72	17,3	87	20,8	66	15,7
Laurentides	234	48,7	198	40,4	186	37,3	158	31,2	150	29,3	153	29,5
Montérégie	378	28,5	362	27,1	402	29,8	321	23,7	291	21,3	230	16,8
Nunavik	4	40,0	4	39,5	1	9,8	0	0,0	1	9,5	0	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	2	15,1	1	7,4	4	29,1	2	14,3	1	7,1	4	30,4
Province de Québec	2 538	34,1	2 248	30,0	2 753	36,6	2 396	31,7	2 203	29,0	1 875	24,5

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

1. Pour 2007, le nombre de cas est une projection du nombre de cas observés au terme des neuf premières périodes (soit 36 semaines). Ce nombre est obtenu ainsi : (N observés / 36 semaines) * 52 semaines. Le taux est calculé à partir de ce nombre projeté.

Lymphogranulomatose vénérienne: nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence selon la région, sexes réunis, Québec, 2002 à 2007p¹

Taux pour 100 000 personnes

Région	2002		2003		2004		2005		2006		2007p ¹	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Bas-Saint-Laurent												
Saguenay–Lac-Saint-Jean									1	0,5		
Capitale-Nationale												
Mauricie et Centre-du-Québec												
Estrie							1	0,3				
Montréal			1	0,1	1	0,1	24	1,3	38	2,0	3	0,2
Outaouais												
Abitibi-Témiscamingue												
Côte-Nord												
Nord-du-Québec												
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine												
Chaudière-Appalaches												
Laval									2	0,5		
Lanaudière												
Laurentides												
Montérégie									3	0,2		
Nunavik												
Terres-Cries-de-la-Baie-James												
Province de Québec			1	0,01	1	0,01	25	0,33	44	0,58	3	0,04

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

1. Pour 2007, le nombre de cas est une projection du nombre de cas observés au terme des neuf premières périodes (soit 36 semaines). Ce nombre est obtenu ainsi : (N observés / 36 semaines) * 52 semaines. Le taux est calculé à partir de ce nombre projeté.

Syphilis infectieuse: nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence selon la région, sexes réunis, Québec, 2002 à 2007p¹

Taux pour 100 000 personnes

Région	2002		2003		2004		2005		2006		2007p ¹	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Bas-Saint-Laurent	0	0,0	2	1,0	7	3,5	0	0,0	0	0,0	3	1,4
Saguenay–Lac-Saint-Jean	0	0,0	0	0,0	3	1,1	5	1,8	0	0,0	0	0,0
Capitale-Nationale	0	0,0	3	0,5	48	7,2	18	2,7	11	1,6	6	0,9
Mauricie et Centre-du-Québec	0	0,0	6	1,2	4	0,8	1	0,2	6	1,2	10	2,1
Estrie	1	0,3	4	1,3	5	1,7	0	0,0	3	1,0	0	0,0
Montréal	36	1,9	116	6,2	127	6,8	181	9,6	293	15,5	137	7,2
Outaouais	5	1,5	5	1,5	3	0,9	2	0,6	11	3,2	1	0,4
Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Côte-Nord	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	2	12,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	1,5
Chaudière-Appalaches	0	0,0	2	0,5	9	2,3	5	1,3	2	0,5	3	0,7
Laval	0	0,0	1	0,3	2	0,6	6	1,6	4	1,1	4	1,2
Lanaudière	1	0,2	1	0,2	6	1,5	5	1,2	9	2,1	7	1,7
Laurentides	1	0,2	0	0,0	6	1,2	6	1,2	9	1,8	0	0,0
Montérégie	3	0,2	14	1,0	19	1,4	28	2,1	28	2,1	30	2,2
Nunavik	0	0,0	0	0,0	1	9,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Province de Québec	47	0,6	154	2,1	242	3,2	258	3,4	377	5,0	204	2,7

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO). Données extraites le 10 octobre 2007.

1. Pour 2007, le nombre de cas est une projection du nombre de cas observés au terme des neuf premières périodes (soit 36 semaines). Ce nombre est obtenu ainsi : (N observés / 36 semaines) * 52 semaines. Le taux est calculé à partir de ce nombre projeté.

Nombre de cas et taux d'incidence (nouveaux diagnostics) de VIH selon la région, sexes réunis, Québec, 2002¹ à 2006

Taux pour 100 000 personnes

Région	2002		2003		2004		2005		2006	
	N	Tx								
Bas-Saint-Laurent	1	0,7	4	2,0	4	2,0	2	1,0	5	2,5
Saguenay–Lac-Saint-Jean	3	1,5	5	1,8	5	1,8	7	2,5	2	0,7
Capitale-Nationale	11	2,3	28	4,2	33	5,0	32	4,8	33	4,9
Mauricie et Centre-du-Québec	2	0,6	8	1,7	5	1,0	6	1,2	7	1,4
Estrie	0	0,0	11	3,7	4	1,3	4	1,3	4	1,3
Montréal	214	16,1	305	16,3	272	14,5	292	15,5	319	16,8
Outaouais	13	5,5	15	4,5	9	2,7	14	4,1	16	4,6
Abitibi-Témiscamingue	1	0,9	2	1,4	2	1,4	1	0,7	0	0,0
Côte-Nord	0	0,0	0	0,0	3	3,1	5	5,2	1	1,1
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1	1,4	2	2,1	0	0,0	2	2,1	0	0,0
Chaudière-Appalaches	5	1,8	9	2,3	5	1,3	2	0,5	1	0,3
Laval	8	3,2	12	3,3	11	3,0	12	3,3	12	3,3
Lanaudière	9	3,1	10	2,5	6	1,5	10	2,4	12	2,9
Laurentides	11	3,2	24	4,9	12	2,4	8	1,6	16	3,1
Montérégie	28	3,0	38	2,8	29	2,2	33	2,4	41	3,0
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	3	21,8	0	0,0	0	0,0
Province de Québec	307	5,8	473	6,3	403	5,4	430	5,7	469	6,2

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH, INSPQ, octobre 2007.

1. En 2002, le nombre de spécimens pour lesquels la collecte a été effectuée ne couvre qu'une période de huit mois et demi en raison de l'entrée en vigueur du système en avril 2002.

ANNEXE 3

Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence de chlamydie génitale, d'infections gonococciques et de syphilis infectieuse suivant la province ou le territoire, sexes réunis, Canada, période 1^{er} janvier au 30 juin, années 2006 et 2007¹

Province/Territoire	CHLAMYDIOSE GÉNITALE			
	Nombre de cas		Taux	
	2006	2007	Taux actuel 2006 ²	Taux projeté 2007 ³
National	34 060	35 627	202,2	218,4
Terre-Neuve	289	280	108,3	109,9
Île-du-Prince-Édouard	82	75	121,3	108,3
Nouvelle-Écosse	903	867	188,6	185,6
Nouveau-Brunswick	686	628	179,7	167,7
Québec	6 309	6 549	167,6	171,9
Ontario	10 771	11 392	150,4	179,6
Manitoba	2 069	2 301	361,8	390,7
Saskatchewan	2 179	1 920	431,4	389,7
Alberta	5 197	5 598	309,6	331,7
Colombie-Britannique	4 593	4 977	214,7	230,9
Yukon	76	101	538,0	646,8
Territoires du Nord-Ouest	323	348	1 660,3	1 662,6
Nunavut	583	591	3 680,7	3 839,9

Province/Territoire	GONORRHÉE			
	Nombre de cas		Taux	
	2006	2007	Taux actuel 2006 ²	Taux projeté 2007 ³
National	5 322	5 470	33,1	33,5
Terre-Neuve	2	5	1,6	2,0
Île-du-Prince-Édouard	0	1	0,7	1,4
Nouvelle-Écosse	45	27	10,8	5,8
Nouveau-Brunswick	18	13	4,8	3,5
Québec	546	670	16,7	17,6
Ontario	1 750	1 908	26,0	30,1
Manitoba	824	646	133,8	109,7
Saskatchewan	479	423	96,4	85,9
Alberta	1 003	1 044	63,7	61,9
Colombie-Britannique	497	594	25,8	27,6
Yukon	3	7	35,2	44,8
Territoires du Nord-Ouest	83	114	427,6	544,7
Nunavut	72	18	331,4	117,0

Province/Territoire	SYPHILIS INFECTIEUSE ⁴			
	Nombre de cas		Taux	
	2006	2007	Taux actuel 2006 ²	Taux projeté 2007 ³
National	844	573	4,6	3,5
Terre-Neuve	0	0	0,0	0,0
Île-du-Prince-Édouard	0	0	0,0	0,0
Nouvelle-Écosse	0	0	0,2	0,0
Nouveau-Brunswick	0	0	0,0	0,0
Québec	211	104	4,7	2,7
Ontario	371	178	4,3	2,8
Manitoba	8	3	1,5	0,5
Saskatchewan	2	4	1,7	0,8
Alberta	106	121	6,5	7,2
Colombie Britannique	146	163	7,7	7,6
Yukon	0	0	0,0	0,0
Territoires du Nord-Ouest	0	0	0,0	0,0
Nunavut	0	0	0,0	0,0

Source : Agence de la santé publique du Canada, 2007. Section de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

1. Les données sont préliminaires et il est très probable qu'elles changeront. Les changements apportés aux données devraient être plus marqués pour 2007 que pour 2006.
2. Taux pour 100 000 de population basé sur tous les cas signalés en 2006. Estimations fournies par Statistique Canada. (Source : Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques, estimations de la population pour juillet, estimations postcensitaires révisées pour 2006.)
3. Le taux pour 2007 est obtenu en projetant le nombre actuel de cas sur 12 mois, puis en calculant le taux pour 100 000. Estimations fournies par Statistique Canada. (Source : Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques, estimations de la population pour juillet, estimations postcensitaires préliminaires pour 2006.) Aucun ajustement n'a été effectué en fonction des variations saisonnières.
4. Syphilis infectieuse : syphilis primaire, secondaire et latente précoce.

Remarque : Il peut y avoir une légère différence entre les données déclarées par les provinces et territoires et celles de l'Agence de la santé publique du Canada. Le cas échéant, ce sont les premières qui servent de référence.

ANNEXE 4

Résultats des études épidémiologiques québécoises portant sur la prévalence et l'incidence de l'infection par le VIH et de l'infection par le virus de l'hépatite C parmi diverses populations

Description	Période de collecte-recrutement	Groupe	VIH		Hépatite C	
			Prévalence %	Incidence (pour 100 p-a)	Prévalence %	Incidence
Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes						
ARGUS Étude transversale. Hommes montréalais ayant des relations sexuelles avec des hommes recrutés dans une quarantaine de lieux de socialisation (N = 1 957).	Février 2005 – août 2005	18-29 ans	3,5		4,7	
		30-39 ans	16,2		8,2	
		40-49 ans	19,0		4,4	
		50-59 ans	14,7		4,5	
		60 ans et plus	6,9		4,3	
		Tous	12,5 (10,5-14,7)	1,3 (0,54-2,25)	5,4 (4,1-7,0)	
OMÉGA Étude de cohorte ouverte. Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes séronégatifs en regard du VIH ou ne connaissant pas leur statut (N = 1 592).	Octobre 1996 – juin 2003	Données de 1996-2001		0,62		
	Données de 2002-2003			0,83		
Personnes utilisatrices de drogues par injection						
SURV-UDI Étude de cohorte ouverte. Réseau de surveillance des maladies infectieuses parmi les utilisateurs de drogues par injection implanté dans 8 régions du Québec et à Ottawa Personnes rapportant s'être injectées des drogues dans les 6 mois précédents, recrutées dans des programmes qui donnent accès à du matériel d'injection stérile, des centres de détention, des cliniques de désintoxication, etc. (N = 9 949 ; 7 526 hommes et 2 423 femmes).	Infection au VIH 1995-30 juin 2006	Hommes				
		≤19 ans	0,2		16,3	
	Infection au VHC 2003-30 juin 2006	20-24 ans	4,5		38,9	
		25-29 ans	8,6		49,9	
		30-34 ans	17,4		55,1	
		35-39 ans	20,9		70,0	
		≥ 40 ans	24,3		77,7	
		Tous	15,7		63,0	
		Femmes				
		≤19 ans	0,4		17,7	
		20-24 ans	4,3		45,3	
		25-29 ans	11,0		55,5	
		30-34 ans	19,1		71,6	
		35-39 ans	19,6		69,2	
		≥ 40 ans	18,0		79,0	
		Toutes	10,9		59,1	
		Ottawa				
Outaouais		4,0		34,6		
Montréal	17,7	3,9	67,1	26,6		
Québec	10,1	2,5	63,5	30,7		
Semi urbains	6,5	1,4	54,3	15,1		
Globalement	14,5 (13,8-15,2)	3,2 (2,8-3,7)	62,2 (60,4-64,0)	27,5 (24,4-30,6)		

Description	Période de collecte-recrutement	Groupe	VIH		Hépatite C	
			Prévalence %	Incidence (pour 100 p-a)	Prévalence %	Incidence
Personnes utilisatrices de drogues par injection (suite)						
Cohorte St-Luc Étude de cohorte ouverte. Cohorte débutée en 1988 et renouvelée depuis 2004, recrute des usagers de drogues par injection actifs (le dernier mois), par des méthodes dites « boule de neige » à Montréal.	1992 -2004 (N = 2 062)			2,6 (2,3-3,0)		
	Novembre 2004 – octobre 2007 Tous les participants (N = 178)					18,9 (13,8-25,5)
	Nouveaux participants (N = 100)					34,9 (24,2-48,9)
Jeunes de la rue						
Cohorte des jeunes de la rue de Montréal. Étude de cohorte prospective. Jeunes âgés entre 14 et 23 ans ayant dû dans la dernière année se chercher plus d'une fois un endroit pour dormir ou avoir utilisé régulièrement (trois fois ou plus) les services des organismes de rue (N = 860 ; 593 garçons et 267 filles).	Juillet 2001 – juin 2004 La Cohorte des jeunes de la rue mènent des travaux depuis 1995.	Garçons	1,0		14,0	4,1 / 100 p-a
		Filles	0,8		14,0	5,3 / 100 p-a
		≥ 19 ans	1,3		18,8	
		< 19 ans	0		1,7	
		UDI à vie	2,0		30,7	
		Non UDI à vie	0		0	
		Globalement	0,9	0,9 (0,5-1,5)	14,0	4,5 (3,4-5,8)
Personnes incarcérées dans des établissements de détention						
Personnes incarcérées. Étude transversale. Personnes incarcérées dans 7 établissements de détention de juridiction provinciale situés en milieux urbains et semi-ruraux (N = 1 607 ; 1 357 hommes et 250 femmes)	Janvier 2003 – juin 2003	UDI				
		Hommes	7,2		53,3	
		Femmes	20,6		63,6	
		Total	10,2 (7,6-13,2)		55,6 (51,0-60,1)	
		Tous				
		Hommes	2,4		16,6	
Femmes	8,8		29,2			
Total	3,4 (2,5-4,4)		18,5 (16,7-20,5)			
Personnes originaires de pays fortement endémiques en regard du VIH						
Population haïtienne. Étude transversale. Personnes d'origine haïtienne résidant à Montréal	Avril 1994 – décembre 1996	Homme	1,1			
		Femme	1,5			
		Ensemble	1,3			

100 p-a : 100 personnes années.

À titre d'exemple, un taux de 1 / 100 p-a signifie que chaque année, une personne sur 100 non infectées contracte l'infection.

• **Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes**

VIH Un participant sur huit (12,5 %) était infecté par le VIH (près d'un répondant sur cinq parmi les hommes âgés entre 40 et 49 ans) et le taux d'incidence était de 1,3 par 100 p-a. parmi les participants à l'étude ARGUS.

Le taux d'incidence était passé de 0,62 / 100 p-a en 1996-2001 à 0,83 100 p-a en 2002-2003 (hausse non statistiquement significative cependant) parmi les participants à l'étude OMÉGA.

VHC Parmi l'ensemble des participant, un sur vingt (5,4 %) était infecté par le VHC ; cependant la prévalence était de 55,8 % parmi les participants utilisateurs de drogues par injection et de 1,8 % parmi les participants non utilisateurs de drogues par injection (ARGUS).

Syphilis Un participant sur vingt était couramment ou avait déjà été infecté par la syphilis dans le passé (ARGUS).

Herpès Un participant sur cinq avait déjà contracté le virus de l'herpès simplex de type II (ARGUS).

Groupe d'âges	Prévalence Syphilis (%)	Prévalence herpès simplex type II (%)
18-29 ans	0,8	9,6
30-39 ans	4,3	22,5
40-49 ans	4,7	23,6
50-59 ans	10,9	29,8
60 ans et plus	16,4	26,5
Total	5,1 (IC 95 % : 3,7-6,5)	20,0 (IC 95 % : 17,3-23,0)

• **Personnes utilisatrices de drogues par injection**

Il s'agit des prévalences et incidences des régions de recrutement et non des régions de résidence. Les programmes semi-urbains regroupent les personnes recrutées en Abitibi-Témiscamingue, Montérégie (sans ceux habitant sur la rive-sud immédiate ou à Montréal), Saguenay-Lac-St-Jean, Estrie et Mauricie et Centre-du-Québec.

VIH Chez les 40 ans et plus, un individu sur quatre est déjà infecté par le VIH La prévalence du VIH est la plus élevée, à près de 20 %, à Montréal, à Ottawa et en Outaouais. L'incidence globale du VIH est de 3,2 par 100 personnes année. Les taux d'incidence du VIH ont constamment baissé pour l'ensemble du réseau entre 1995 et 2001. Les tendances à la hausse depuis 2001 à Montréal et dans le réseau, et depuis 2003, à Québec et Ottawa/Outaouais, ne sont pas statistiquement significatives (SURV-UDI).

VHC Chez les 40 ans et plus, quatre individus sur cinq sont déjà infectés par le VHC. La prévalence brute du VHC est de 63,7 % en milieu urbain et de 54,3 % dans les programmes semi-urbains.

À Montréal, le taux d'incidence a oscillé entre 19 et 27 par 100 personnes années au cours des six premières années pour ensuite augmenter à 43,3 et 39,3 par 100 personnes années en 2004 et 2005, une augmentation statistiquement significative (SurvUDI). L'incidence est également élevée, 34,9 par 100 personnes-années, parmi les nouveaux participants à la Cohorte St-Luc (Cohorte St-Luc).

- **Jeunes de la rue**

Il s'agit de la prévalence des anticorps contre le VIH et contre le VHC à l'entrée dans l'étude.

VIH Aucun cas d'infection au VIH n'a été trouvé chez les moins de 19 ans ni chez les non-UDI. Parmi les jeunes non infectés par le VIH à l'entrée et ayant au moins un autre résultat VIH, le taux d'incidence du VIH était de 0,9 par 100 personnes-années.

VHC Aucun cas d'infection au VHC n'a été trouvé chez les non-UDI. Parmi l'ensemble des jeunes non porteurs d'anticorps contre le VHC à l'entrée et ayant au moins un autre résultat VHC, le taux d'incidence du VHC était de 4,5 par 100 personnes-années. Si l'on restreint l'analyse aux jeunes actifs dans l'injection durant le suivi, le taux d'incidence du VHC est de 22,1 par 100 personnes-années.

Chlamydirose et infection gonococcique

La prévalence de la chlamydirose était de 6,6 % et la prévalence de l'infection gonococcique était nulle (N = 302, collecte en 2002).

- **Personnes incarcérées**

La prévalence de l'infection au VIH et de l'infection par le VHC dans chacun des établissements de détention participant a varié en fonction de la proportion d'UDI dans l'établissement.

VIH Le taux de prévalence du VIH était de 0,5 % et de 0,0 % respectivement chez les hommes non-UDI et chez les femmes non-UDI.

VHC Le taux de prévalence de l'infection par le VHC était de 2,6 % et de 3,5 % respectivement chez les hommes non-UDI et chez les femmes non-UDI.

- **Québécois originaires de régions fortement endémiques en regard du VIH**

La collecte de la dernière étude épidémiologique date de 1994-1996 auprès de Montréalais originaires d'Haïti. La collecte d'une nouvelle étude auprès de cette population a été entreprise en 2007, les résultats devraient être disponibles au printemps 2008.

ANNEXE 5

Résultats des études épidémiologiques québécoises portant sur des indicateurs de comportements associés aux ITSS parmi diverses populations

INDICATEURS		
Population générale		
Enquête sociale et de santé (Québec) Personnes âgées de 15 ans et plus	1998 N = 20 773 (F = 11 034, H = 9 739)	
	Groupe	%
Relations sexuelles au moins une fois au cours de la vie	Hommes	92,9
	Femmes	93,2
	15-19 ans	58,7
	20-29 ans	93,3
	30-39 ans	97,7
	40-49 ans	97,9
	50 et +	96,4
Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles		
Première relation sexuelle avec pénétration avant l'âge de 15 ans	15-19 ans	14,9
	20-29 ans	14,9
	30-39 ans	7,8
	40-49 ans	4,0
	50-59 ans	2,6
	60 ans et +	2,0
Relations sexuelles avec une personne de son sexe au cours de la vie	Hommes	3,1
	Femmes	2,4
Plus de 1 partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge (parmi la population hétérosexuelle)	Hommes	11,2
	Femmes	7,9
	Total	9,5
	15-19 ans	32,7
	20-29 ans	23,2
	30-39 ans	8,2
	40-49 ans	5,9
50 -59 ans	3,3	
60 ans et +	0,9	
Plus de 1 partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois, selon l'orientation sexuelle (parmi les hommes)	Hétérosexuel	11,2
	Homosexuel	26,1
	Bisexuel	21,7
	Total	11,6
Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle avec un(e) partenaire occasionnel (parmi la population hétérosexuelle)	Hommes	61,2
	Femmes	45,8
	Total	55,7
	15-19 ans	67,7
	20-29 ans	75,5
	30-39 ans	49,1
	40-49 ans	43,1
50 ans et +	29,4	

INDICATEURS		
Étudiants au niveau collégial		
Enquête de santé sexuelle auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal Personnes âgées entre 16 et 25 ans	2005-2006 N = 1 663 (F = 767, H = 896)	
	Groupe	%
Relations sexuelles orales, vaginales ou anales au moins une fois au cours de la vie	Hommes Femmes Total	74,2 70,9 72,4
Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles		
Âge moyen à la première relation sexuelle avec pénétration vaginale	Hommes Femmes Total	(16,1 ans) (15,9 ans) (16,0 ans)
Relations sexuelles avec une personne de son sexe au cours de la vie	Hommes Femmes Total	5,4 9,7 7,7
Au moins un(e) partenaire « occasionnel » au cours des 12 derniers mois (défini comme une personne avec qui le (la) répondant(e) a eu des relations sexuelles à l'occasion et considéré comme un(e) amant(e), ou comme ce que des gens appellent un « fuck friend »)	Hommes Femmes Total	40,5 31,8 35,9
Au moins un(e) partenaire « d'un soir » au cours des 12 derniers mois (personne avec qui le(la) répondant(e) n'a eu qu'une seule relation sexuelle)	Hommes Femmes Total	27,9 17,0 22,0
Utilisation d'un condom « toujours » au cours des relations vaginales avec des partenaires d'un soir au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes Total	62,9 75,0 68,1
Utilisation d'un condom <u>et</u> d'une autre méthode contraceptive au cours de la dernière relation sexuelle vaginale avec un(e) partenaire autre qu'un(e) partenaire habituel(le)	Total	33,3
Utilisation d'une contraception d'urgence (pilule du lendemain) au moins une fois au cours de la vie	Femmes	32,5
Relations sexuelles « en groupe » au moins une fois au cours des 12 derniers mois	Total	7,0
Consommation d'alcool ou de drogue la moitié des fois ou plus dans les deux heures précédant ou pendant les relations sexuelles au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes Total	18,9 16,7 17,8
Test de dépistage de la chlamydie au moins une fois au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes Total	7,0 21,6 14,8
Antécédent d'au moins une ITSS au moins une fois au cours de la vie	Hommes Femmes Total	3,5 8,2 6,0

INDICATEURS	
Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes	
Enquête ARGUS auprès d'HARSAH montréalais Personnes âgées de 18 ans et plus	2005 N =1 957
	%
Relations sexuelles orales ou anales avec un homme au cours des six derniers mois	91,2
Parmi les répondants sexuellement actifs au cours des 6 derniers mois	
Relations sexuelles avec un partenaire « occasionnel » au moins une fois au cours des six derniers mois	81,0
Relations sexuelles avec six partenaires « occasionnels » ou plus au cours des six derniers mois	34,9
Relations sexuelles « en groupe » au moins une fois au cours des six derniers mois	27,2
Relations sexuelles en échange d'argent donné au moins une fois au cours des six derniers mois	11,9
Relations sexuelles en échange d'argent reçu au moins une fois au cours des six derniers mois	11,5
Relations anales insertives ou réceptives avec au moins un partenaire occasionnel au cours des six derniers mois	69,5
Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle avec pénétration anale	66,9
Relation anale sans condom au moins une fois avec un partenaire sexuel considéré à risque (un partenaire « occasionnels » ou un partenaire habituel infecté par le VIH ou dont le statut sérologique n'était pas connu) au cours des six derniers mois parmi les personnes non infectées par le VIH)	29,8
Ensemble des répondants	
Fréquentation d'un sauna pour faire des rencontres sexuelles au moins une fois au cours des six derniers mois	45,5
Utilisation de l'Internet pour faire des rencontres sexuelles au moins une fois au cours des six derniers mois	35,4
Consommation de la cocaïne par voie nasale (sous forme de cocaïne ou de crack) au moins une fois au cours des six derniers mois	22,0
Injection de drogue au moins une fois au cours des six mois précédents	2,9
Vaccination contre l'hépatite B complétée (trois doses)	32,3
Test de dépistage de la syphilis au moins une fois au cours des 12 derniers mois	32,4
Test de dépistage du VIH au moins une fois au cours des 12 derniers mois (parmi les personnes ne sachant pas déjà infectées par le VIH)	43,7
Ignorance de leur infection (parmi les personnes infectées par le VIH selon le résultat du test fait au moment de l'étude)	23,2
Prise d'une médication antirétrovirale au moment de la participation à l'étude (parmi les personnes rapportant se savoir infectées par le VIH)	65,2
Antécédent d'au moins une ITSS au moins une fois au cours de la vie	45,7

INDICATEURS		
Personnes utilisant des drogues par injection		
Enquête SURV-UDI	Données 1995-2006 N = 9 946 (F = 2 420, H = 7 526)	
	Groupe	%
Injection de cocaïne au moins une fois au cours des six derniers mois	Période 1995-2006 24 ans et moins 25 ans et plus	76,8 90,7
Injection d'héroïne au moins une fois au cours des six derniers mois	24 ans et moins 25 ans et plus	56,0 24,8
Injection de drogues au moins une fois par jour au cours du dernier mois	Période 1995-2006 UDI urbains UDI semi-urbains	29,3 12,5
Injection de drogues avec une seringue déjà utilisée par d'autres au cours des six derniers mois	Période 2003-2006	33,9
Utilisation d'un condom « toujours » au cours des relations vaginales ou anales avec un(e) partenaire « occasionnel(le) » au cours des six derniers mois (parmi les personnes sexuellement actives au cours des six derniers mois)	Période 2003-2006 Hommes Femmes	53,4 43,7
Relations sexuelles en échange d'argent reçu au moins une fois au cours des six derniers mois	Période 1995-2006 Hommes Femmes	8,5 41,4
Ignorance de leur infection par le VIH, par le VHC ou au moins d'une de ces deux infections (parmi les personnes infectées par le VIH, le VHC ou par les deux virus selon les résultats des tests faits au moment de l'étude)	Période 2003-2006 UDI Montréalais	39
Jeunes de la rue		
Enquête Cohorte des jeunes de la rue de Montréal Personnes âgées entre 14 et 23 ans	2001-2004 N = 856	
Injection de drogue au moins une fois au cours de la vie avant la participation à l'étude		46
Âge moyen lors de la première injection		16,8 ans
Injection de drogues au moins une fois au cours des six derniers mois avant l'entrée dans l'étude (parmi les jeunes s'étant injectés au moins une fois au cours de leur vie)		67
Relations sexuelles en échange d'argent reçu au moins une fois au cours de la vie	Garçons Filles	28 43

INDICATEURS		
Personnes incarcérées		
Enquête auprès de personnes incarcérées dans sept établissements de détention de compétence provinciale	2005-2006 (N = 1 607, F = 250, H = 1 357)	
	Groupe	%
Nombre moyen d'incarcérations depuis l'âge de 18 ans	Hommes Femmes	N = 6 N = 8
Relations sexuelles anales ou vaginales en échange d'argent reçu au moins une fois au cours de la vie (parmi les personnes ayant déjà eu des activités sexuelles et ayant déjà utilisé des drogues pa injection)	Hommes Femmes	6 42
Relations sexuelles anales ou vaginales en échange d'argent reçu au moins une fois au cours de la vie (parmi les personnes ayant déjà eu des activités sexuelles et ayant déjà utilisé des drogues pa injection)		
Consommation de cocaïne par voie nasale au moins une fois au cours de la vie	Hommes Femmes	79 81
Injection de drogues au moins une fois au cours de la vie	Hommes Femmes	28 43
Consommation de cocaïne par voie nasale pendant une incarcération, au moins une fois au cours de la vie	Hommes Femmes	24 13
Injection de drogues pendant une incarcération, au moins une fois, au cours de la vie	Hommes Femmes	4 1
Vaccination contre l'hépatite B (au moins une dose)	Hommes Femmes	56 61
Ignorance de leur infection (parmi les personnes infectées par le VIH selon le résultat du test fait au moment de l'étude)		20,4

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, décembre 2003* (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 2004).
29. *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* (édité en 2004).
30. *Épidémiologie de la tuberculose au Québec de 2000 à 2003*.
31. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec - Année 2005 (et projections 2006)*

