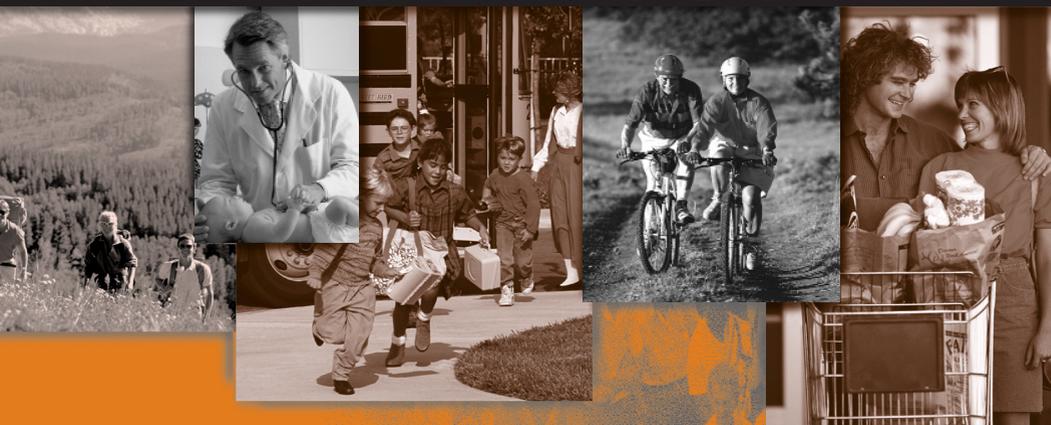


PORTRAIT
DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT
ET PAR LE SANG (ITSS)
AU QUÉBEC
ANNÉE 2007 (ET PROJECTIONS 2008)



S A N T É P U B L I Q U E



COLLECTION

analyses et surveillance

33

**PORTRAIT
DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT
ET PAR LE SANG (ITSS)
AU QUÉBEC
ANNÉE 2007 (ET PROJECTIONS 2008)**

*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

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

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

Cette édition a bénéficié de la contribution aux éditions antérieures de 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.

Édition produite par :

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

Ce document n'est 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 : 978-2-550-54415-9 (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 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.

Enfin, nous souhaitons souligner la collaboration de nos collègues du Bureau de surveillance et de vigie et du Service de lutte contre les ITSS du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, de l'Institut national de santé publique du Québec, du Laboratoire de santé publique du Québec, de l'Institut de la statistique du Québec et de la Division des infections acquises dans la collectivité de l'Agence de la santé publique du Canada.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Notes méthodologiques	8
Faits saillants	11
Chlamydieuse (infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>)	19
Gonococcie (infection gonococcique)	23
Hépatite B	28
Hépatite C	31
Lymphogranulomatose vénérienne	34
Syphilis	37
Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	40
1. Programme de surveillance de l'infection par le VIH	40
2. Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection par le VIH	48
3. Programme de surveillance du sida	52
4. Mortalité due au sida	54
Sources des données	56
ANNEXE 1	59
Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge et le sexe, Québec, 2007	
ANNEXE 2	62
Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence de certaines ITSS selon la région, Québec, 2003 à 2008p	
ANNEXE 3	69
Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence de certaines ITSS, selon la province ou le territoire, Canada, années 2006 et 2007	
ANNEXE 4	72
Résultats d'études épidémiologiques 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 québécoises	
ANNEXE 5	76
Résultats d'études épidémiologiques portant sur des indicateurs de comportements associés aux ITSS parmi diverses populations québécoises	

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

FAITS SAILLANTS

Nombre et taux d'incidence de cas déclarés de certaines ITSS, Québec (2003, 2007 et 2008) et Canada sans le Québec (2003 et 2007)	16
Taux brut d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2007	17
Taux brut d'incidences de la chlamydie génitale, de l'infection gonococcique et de la syphilis infectieuse et taux brut de mortalité par sida, Québec, 1991 à 2007	18

CHLAMYDIOSE GÉNITALE

Taux brut d'incidence, Québec, 1990 à 2008p	20
Taux d'incidence selon le sexe, Québec, 2003 à 2008p	20
Taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2007	21
Taux d'incidence pour certains groupes d'âges, femmes, Québec, 1998 à 2008p	21
Taux d'incidence pour certains groupes d'âges, hommes, Québec, 1998 à 2008p	22

INFECTION GONOCOCCIQUE

Taux brut d'incidence, Québec, 1984 à 2008p	25
Taux d'incidence selon le sexe, Québec, 2003 à 2008p	25
Taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2007	25
Taux d'incidence pour certains groupes d'âges, femmes, Québec, 1998 à 2008p	26
Taux d'incidence pour certains groupes d'âges, hommes, Québec, 1998 à 2008p	26
Taux d'incidence selon le sexe, Montréal et hors Montréal, Québec, 1998 à 2008p	27

HÉPATITE B

Taux brut d'incidence, Québec, 1990 à 2008p	29
Taux d'incidence selon le sexe, Québec, 2003 à 2008p	29
Taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2007	29
Hépatite B aiguë, taux d'incidence chez les 0-14, 15-19 et 20-24 ans, sexes réunis, Québec, 1990 à 2008p	30

HÉPATITE C

Taux brut d'incidence, Québec, 1990 à 2008p	33
Taux d'incidence selon le sexe, Québec, 2003 à 2008p	33
Taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2007	33

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Nombre de cas déclarés, hommes, Québec, 2003 à 2008p	35
Taux d'incidence selon l'âge, hommes, Québec, période 2005-2007	36

SYPHILIS INFECTIEUSE

Taux brut d'incidence, Québec, 1984 à 2008p	39
Taux d'incidence selon le sexe, Québec, 2003 à 2008p	39
Taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2007	39

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

Nombre de cas selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2007	45
Nombre et proportion des cas selon la catégorie principale d'exposition et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2007	46
Nombre et proportion de nouveaux diagnostics selon la catégorie principale d'exposition et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2007	47
Estimation de la prévalence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées, par catégorie d'exposition, Québec, 2005	49
Estimation de la prévalence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées, par catégorie d'exposition, femmes, Québec, 2005	49
Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées, par catégorie d'exposition, Québec, 2005	50
Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées, par catégorie d'exposition, femmes, Québec, 2005	50
Estimation de l'incidence et nombre de nouveaux diagnostics, Québec, 1999 à 2008p	51
Proportion (%) des cas de sida déclarés au 30 juin 2004 par catégorie d'exposition et par période de diagnostic, hommes, Québec	53
Proportion (%) des cas de sida déclarés au 30 juin 2004 par catégorie d'exposition et par période de diagnostic, femmes, Québec	53
Taux brut de mortalité par sida, Québec, 1987 à 2007	55
Taux de mortalité par sida selon l'âge et le sexe, Québec, 2007	55

INTRODUCTION

Ce portrait s'inscrit dans le cadre de la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience 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 infectieuse, 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 sur la santé publique. Elles doivent être déclarées au directeur de santé publique soit par les médecins, soit par les directeurs de laboratoires de biologie médicale, 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 une maladie à déclaration obligatoire (MADO) 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.

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 (LSPQ), rattaché à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). 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. Par ailleurs, les données sur la prévalence de certaines ITSS et de certains comportements associés aux ITSS viennent d'études épidémiologiques réalisées auprès de groupes particuliers de population. Les principaux résultats de ces études sont regroupés aux annexes 4 et 5.

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 ainsi que sur l'évolution temporelle et spatiale de ces infections et de leurs déterminants dans le but d'orienter les interventions et la planification des ressources nécessaires en matière de lutte contre les ITSS.

* 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).

NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Les notes ci-dessous s'appliquent aux cas d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) déclarés au fichier provincial dépersonnalisé des maladies à déclaration obligatoire (MADO) du Laboratoire de santé publique du Québec rattaché à l'Institut national de santé publique 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 et déclaration des cas

Les données présentées ici se rapportent aux cas d'ITSS qui ont été détectés et déclarés. Or, les 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. De façon générale, la déclaration des cas (sa justesse par rapport à la situation réelle et son exhaustivité) est influencée par les facteurs suivants :

- l'accessibilité culturelle, géographique et financière du dépistage ;
- le recours au dépistage et au diagnostic ;
- la sensibilité (proportion des personnes qui seront identifiées comme infectées) et la spécificité (proportion des personnes identifiées comme infectées qui le sont vraiment) des tests utilisés pour détecter l'infection ;
- les critères nosologiques utilisés pour reconnaître un cas au point de vue de l'épidémiologie ;
- le nombre de ressources humaines affectées à la classification des cas déclarés selon les définitions nosologiques en vigueur.

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 ce portrait, l'incidence annuelle, soit la survenue de nouveaux cas au cours de l'année, repose sur la fréquence de nouvelles déclarations, et non sur la fréquence de nouvelles infections.

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 provincial MADO le 1^{er} mai 2007 pour la période du 1^{er} janvier 1990 au 31 décembre 1997, le 24 juillet 2008 pour la période du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 2007, et le 9 septembre 2008 pour la période du 1^{er} janvier au 9 août 2008. Les données antérieures au 1^{er} janvier 1990 sont des données historiques tirées des rapports annuels antérieurs.

Les chiffres rapportés peuvent fluctuer puisque MADO est un fichier ouvert et dynamique et que certains processus complémentaires de validation impliquent parfois des changements ou des mises à jour de données.

Projections 2008

Les projections pour l'année 2008 (nombre de cas) reposent sur le nombre de cas survenus entre le 1^{er} janvier et le 9 août 2008 et déclarés au fichier MADO au 9 septembre 2008. Cette période correspond aux huit premières périodes CDC de l'année 2008 (une année comptant treize périodes de quatre semaines chacune), moins les deux derniers jours de l'année 2007 (30 et 31 décembre).

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). Il s'agit d'estimations intercensitaires (1990 à 2000) ou de projections démographiques (2001 à 2008) basées sur le recensement de l'année 2001 et mises à jour en janvier 2005 par l'ISQ.

Tous les taux sont calculés pour 100 000 personnes-années, 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 auprès de la personne chez qui l'ITSS a été diagnostiquée.

ITSS d'intérêt non abordées dans ce *Portrait*

Les cinq ITSS ci-dessous ne font pas l'objet d'une section spécifique de ce portrait.

- **Chancres mou.** Cette ITSS est incluse à la liste des MADO mais elle survient rarement (huit cas déclarés au Québec entre 1990 et 2007).
- **Granulome inguinal.** Cette ITSS est incluse à la liste des MADO mais elle survient rarement (un cas déclaré au Québec entre 1990 et 2007).
- **Infection par le virus du papillome humain.** Cette ITSS très fréquente ne fait pas partie des MADO. Une quarantaine de types de virus du papillome humain (VPH) touchent plus particulièrement la sphère ano-génitale, et entre 13 et 15 de ces génotypes sont associés à un risque élevé de cancer du col utérin ainsi qu'à d'autres cancers ano-génitaux (vulve, vagin, pénis, anus). Les types 16 et 18 sont ceux qui causent les infections les plus fréquemment associées au cancer de la sphère ano-génitale ; le vaccin utilisé dans le cadre du programme de vaccination contre le VPH implanté au Québec à l'automne 2008 protège contre ces deux types.

Plusieurs études montrent que la probabilité d'acquérir une infection par le VPH se situe tôt après le début de l'activité sexuelle. En Amérique du Nord, l'incidence cumulative à vie est estimée à plus de 70 %, ce qui en fait l'infection transmissible sexuellement (ITS) la plus fréquente. Au Canada et au Québec, la prévalence globale des types de VPH à haut risque serait de 10 à 15 % chez les femmes (variations recensées : entre 8 et 22 %). Aucune étude de séroprévalence chez les hommes n'a été réalisée au Canada.

Le taux d'incidence standardisé à la population canadienne de cancer du col utérin est de 6 pour 100 000, une nette diminution par rapport à ce qu'il était en 1978 (14,7 pour 100 000). Avec 1 350 cas au Canada, dont 325 au Québec, le cancer du col occupe le 13^e rang de tous les cancers chez les femmes, et le 2^e rang chez les Canadiennes âgées entre 20 et 44 ans. Chaque année, le cancer du col utérin provoque environ 240 décès au Canada, dont 80 au Québec. Les autres cancers (vagin, vulve, anus, pénis) causés par le VPH totalisent environ 140 cas par année au Québec.

- **Infection génitale causée par le virus *Herpes simplex* de type 1 ou 2.** Cette infection très fréquente ne fait pas partie des MADO. Les infections causées par *Herpes simplex* constituent la principale cause d'ulcérations génitales (souvent douloureuses et invalidantes). La plupart des infections génitales récidivantes sont causées par le type 2, alors que le type 1 est surtout associé à des infections orales, bien qu'il puisse aussi causer des ulcérations génitales. De plus, ces infections sont associées à un risque de complications néonatales graves, et contribuent à l'épidémie d'infections par le VIH en augmentant le risque d'acquisition et de transmission de cette infection.

On ne dispose pas de données de prévalence à l'échelle de la population générale pour le Québec. Une enquête réalisée en 2005 à Montréal auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) et séronégatifs pour le VIH montre une prévalence de 66 % pour le VHS-1 et de 20 % pour le VHS-2. Ces données sont similaires à celles relevées auprès de femmes enceintes de la Colombie-Britannique en 2001, soit une prévalence de 59 % pour le VHS-1 et de 17 % pour le VHS-2, et auprès de clients et de clientes de cliniques ITS de l'Alberta en 2005, soit 56 % et 19 %. La séroprévalence est donc élevée, et elle augmente avec l'âge.

- **Shigellose.** Cette MADO est une infection entérique (infection du tube digestif) qui peut être transmise au cours d'activités sexuelles. D'autres agents entériques peuvent être transmis sexuellement, dont le virus de l'hépatite A, *Giardia lamblia*, *Campylobacter sp.* et *Salmonella sp.*

Entre août 2007 et janvier 2008, 47 cas de *Shigella sonnei* ont été déclarés au Québec. La majorité des cas, soit 80 %, sont survenus chez des HARSAH, tous âgés entre 30 et 58 ans. L'enquête a montré que plusieurs des hommes atteints avaient eu des contacts sexuels non protégés avec la région anale (par l'entremise de la bouche, des doigts, des mains, du pénis ou d'un jouet sexuel) et des relations sexuelles avec plusieurs partenaires ou des partenaires inconnus. Près du tiers d'entre eux avaient fréquenté un sauna ou un sexe-club ou encore, avaient rencontré des partenaires sexuels par l'intermédiaire de sites Internet. Les deux tiers étaient infectés par le VIH. Il s'agit d'une deuxième éclosion de shigellose dans la communauté montréalaise d'HARSAH en dix ans.

Depuis février 2008, des cas sporadiques continuent d'être déclarés, en particulier chez des HARSAH.

FAITS SAILLANTS

1. INFECTIONS

Chlamydie génitale : près de 15 000 cas déclarés annuellement.

- Le nombre de cas de chlamydie génitale déclarés a doublé entre 1997 et 2004. Après une période de stabilisation entre 2004 et 2006, les données de 2007 et de 2008 semblent indiquer une nouvelle phase d'augmentation.
- Cette infection est très répandue dans tout le Québec, particulièrement chez les jeunes âgés entre 15 et 24 ans, qui comptent pour 73 % des cas féminins et 48 % des cas masculins. Chaque année, une chlamydie est déclarée chez 1,4 % des jeunes filles de ce groupe d'âge. Les femmes constituent près des trois quarts des cas.

Infection gonococcique : confirmation du cycle haussier amorcé en 2005.

- L'incidence de cas déclarés avait augmenté à compter de 1999, pour se stabiliser entre 2001 et 2004, et amorcer un nouveau cycle haussier en 2005. On constate déjà une augmentation de près de 100 % du nombre de cas déclarés annuellement entre 2004 et 2008.
- L'augmentation constatée entre 2004 et 2008 est cinq fois plus importante chez les femmes (+ 288 %) que chez les hommes (+ 55 %). Elle est particulièrement élevée chez les femmes âgées de 15 à 24 ans (+ 335 %). Les hommes sont toujours majoritaires, mais en 2007, les femmes constituent 30 % de l'ensemble des cas, comparativement à 18 % en 2004, et 47 % des cas dans le groupe d'âge des 15-24 ans, contre 34 % en 2004.
- Le taux de la région de Montréal, à 44 par 100 000, est quatre fois plus élevé que celui du reste de la province, qui s'établit à 10 par 100 000.

Lymphogranulomatose vénérienne : un net recul.

- L'année 2004 avait été marquée par l'apparition de cette « nouvelle » ITS. On a enregistré 9 cas en 2007, alors que 44 cas avaient été déclarés en 2006. Un tel recul est également signalé ailleurs au Canada et en Europe. Selon les projections basées sur les huit premières périodes de l'année, la situation demeurera semblable en 2008 ; elle nécessitera tout de même une attention particulière car des éclosions de lymphogranulomatose vénérienne survenues après une période d'accalmie ont été observées ailleurs dans le monde.
- Tous les cas déclarés depuis le début de l'éclosion se rapportent à des HARSAH.

Hépatite B : maintien à un plancher d'environ 1 000 cas annuellement malgré la disparition progressive des cas aigus.

- En 15 ans, le nombre de cas d'hépatite B (de stade aigu, chronique ou non précisé) a régressé de 54 %. Au cours des cinq dernières années, le rythme de diminution a ralenti, et un plancher d'environ 1 000 nouveaux cas diagnostiqués annuellement est en voie de s'établir.
- En 15 ans, le nombre de cas d'hépatite B aiguë a régressé de près de 100 % (45 cas ont été déclarés en 2007). 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.

Hépatite C : diminution constante, mais l'épidémie n'est pas maîtrisée chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI).

- La baisse de l'hépatite C (de l'ordre de 20 % entre 2003 et 2007) 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 liées à l'utilisation de drogues par injection.

Syphilis infectieuse : une première baisse en 2007 après six années de croissance soutenue, mais une remontée en 2008.

- 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. Après six années de hausse continue, on constate en 2007 une première baisse du nombre de cas (environ un tiers de moins en 2007 qu'en 2006). Toutefois, les données des huit premières périodes de 2008 indiquent une remontée. Depuis maintenant cinq ans, le taux chez les hommes s'est installé au-dessus de 6 par 100 000.
- Tout comme en Amérique du Nord et en Europe, cette éclosion touche particulièrement les HARSAH, qui constituent plus de 90 % des cas.
- En 2007, une femme a contracté la syphilis alors qu'elle était enceinte de quelques mois.

Infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) : une infection toujours très présente

- Comparativement à 2006, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH a diminué de 27 % en 2007 (de 31 % chez les femmes et de 25 % chez les hommes). La signification de cette variation à la baisse des nouveaux diagnostics déclarés, la première depuis 2004, pourra être mieux appréciée avec le temps. Les données des six premiers mois de 2008 indiquent déjà une remontée ; ainsi, en 2008, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH serait semblable au nombre annuel moyen de cas enregistrés au cours de la période 2004 à 2006.
- En 2007 le nombre annuel de nouveaux diagnostics a diminué dans chacune des quatre principales catégories d'exposition, qui demeurent les suivantes : les HARSAH (61 % des personnes nouvellement diagnostiquées en 2007), les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique (13 % des nouveaux diagnostics de 2007), les personnes ayant eu des relations hétérosexuelles non protégées sans autre facteur de risque (12 %) et les UDI (8 %). Chez les femmes, la transmission du VIH par relations hétérosexuelles prédomine.
- La moitié (53 %) des personnes nouvellement diagnostiquées en 2007 n'avait jamais eu de dépistage du VIH auparavant.
- Le nombre de personnes atteintes du VIH (y compris les personnes qui ont développé le sida) augmente. Cette situation découle 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 le diagnostic de sida. En 2007, le taux de mortalité associé au sida (1,2 par 100 000, soit 92 décès) est près de sept fois plus bas que celui de 1995.
- En 2005 (année des plus récentes estimations produites pour le Québec par l'Agence de la santé publique du Canada), on a évalué qu'au Québec, entre 500 et 1 400 personnes avaient contracté le VIH durant l'année, et entre 13 300 et 19 600 personnes étaient atteintes du VIH (chiffre qui comprend les personnes ayant développé le sida).

2. POPULATIONS PARTICULIÈREMENT TOUCHÉES

Des groupes de population sont plus vulnérables à l'une ou l'autre des 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 personnes ayant immigré au Canada en provenance d'Haïti et de pays de l'Afrique subsaharienne, et les autochtones. Parmi ces groupes, les co-infections sont fréquentes.

Jeunes âgés entre 15 et 24 ans

- En 2007, les jeunes âgés entre 15 et 24 ans représentent 65 % des cas de chlamydie génitale déclarés, 41 % des cas d'infection gonococcique, 9 % des cas d'hépatite B, 7 % des cas de syphilis infectieuse et 6 % des cas d'hépatite C. Par ailleurs, ils totalisent 5 % de l'ensemble des nouveaux et anciens cas reconnus depuis le début du programme québécois de surveillance du VIH implanté en avril 2002.
- Cinq cas de syphilis infectieuse ont été signalés chez des adolescents appartenant au groupe des 15-19 ans en 2007, et on estime que sept le seront en 2008. C'est en 2005, pour la première fois depuis le début de l'actuelle épidémie de syphilis, qu'on a enregistré des cas (deux) dans ce groupe d'âge.
- En 2002, parmi les **jeunes de la rue** de Montréal, la prévalence de la chlamydie s'élevait à 13,6 % chez les filles et à 7,4 % chez les garçons (9 % chez les 14-20 ans et 4,1 % chez les 21-25 ans). Près de la moitié des jeunes de la rue, soit 46 %, se sont déjà injecté des drogues.
- Selon des données de l'année 2005-2006, 72 % des **cégépiens** montréalais ont eu, au moins une fois dans leur vie, une relation sexuelle orale, vaginale ou anale ; l'âge moyen pour la première relation sexuelle vaginale est 16 ans. Au cours des 12 mois précédents, 68 % des cégépiens sexuellement actifs avaient toujours utilisé le condom pour les relations sexuelles vaginales avec des partenaires « d'un soir ». Le tiers des femmes sexuellement actives avait déjà eu recours, au moins une fois, à une contraception d'urgence (pilule du lendemain).

Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

- Tous les cas de lymphogranulomatose déclarés récemment au Québec, 90 % des cas de syphilis infectieuse et 60 % des cas masculins d'infection gonococcique se rapportent aux HARSAH.
- Le nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH déclarés chez les HARSAH avait augmenté de 32 % entre 2004 et 2006, avant de baisser de 21 % entre 2006 et 2007. Les HARSAH constituent jusqu'à 46 % de l'ensemble des nouveaux et anciens cas reconnus depuis le début du programme québécois de surveillance du VIH (50 % si l'on compte les HARSAH qui sont également des UDI).
- On estime que chaque année, environ 1,3 % des HARSAH non infectés contractent le VIH. Jusqu'à 12,5 % de tous les HARSAH (et 20 % de ceux âgés entre 40 et 49 ans) seraient infectés par le VIH.
- En 2005, les deux tiers (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 HARSAH infectés par le VIH ignoraient leur infection.

Personnes utilisatrices de drogues par injection

- Près d'un cinquième (18 %) des cas d'infection par le VIH déclarés depuis 2002 se rapportent à des UDI (22 % si l'on compte les UDI qui sont également HARSAH).
- Le nombre annuel de nouveaux diagnostics déclarés chez des UDI apparaît faible compte tenu de la transmission active du VIH constatée parmi les participants au réseau SurvUDI. Selon cette étude menée sur une base continue dans diverses régions du Québec, environ 3,1 % des UDI non infectés contractent le VIH chaque année (incidence pour l'ensemble de la période 1995-2007 ; l'incidence du VIH est passée de 5,1 cas pour 100 personnes-années en 1995, à 2,4 pour 100 personnes-années en 2005). Près de un UDI sur six (15 %) serait infecté par le VIH.
- On estime que chaque année, un peu plus du quart (27 %) des UDI non infectés contractent l'hépatite C. Près des deux tiers (62 %) de l'ensemble des UDI québécois, et 80 % des UDI âgés de 40 ans ou plus, sont infectés par le virus de l'hépatite C.
- Un peu moins du tiers des UDI infectés par le VIH ou le VHC, soit 30 % des UDI porteurs du VIH uniquement, 28 % des UDI porteurs du VHC uniquement et 28 % des UDI porteurs des deux virus (co-infection), ignoreraient leur infection. Moins de la moitié (44 %) des personnes infectées uniquement par le VHC sont suivies par un médecin.
- En 2006, 79 % des UDI ne s'étaient pas servis, au cours des six derniers mois, d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre (cette proportion a augmenté, elle était de 43 % en 1995).
- Parmi les **personnes incarcérées** dans des centres de détention de compétence provinciale, 28 % des hommes et 43 % des femmes se sont déjà injecté des drogues.

Personnes originaires de régions où le VIH est endémique

- Les personnes originaires d'un pays endémique (essentiellement des personnes qui ont immigré au Canada en provenance d'Haïti et de pays de l'Afrique subsaharienne) représentent 16 % des cas d'infection par le VIH déclarés au Québec depuis 2002. Le nombre de nouveaux diagnostics au sein de cette population est demeuré stable au cours des dernières années.
- Les deux tiers (63 %) des femmes enceintes infectées par le VIH au Québec sont originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique ; parmi celles-ci, on note une augmentation continuelle du nombre de femmes africaines, la majorité d'entre elles sont des nouvelles arrivantes ayant un statut de réfugiée.

Peuples autochtones

- En 2007, les populations autochtones des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik regroupées affichent un taux de chlamydie et d'infection gonococcique respectivement 12 et 16 fois supérieur au taux moyen des autres régions du Québec ; davantage de cas d'infection gonococcique sont déclarés chez les femmes que chez les hommes, contrairement à la situation qui prévaut dans le reste du Québec. Les régions canadiennes à forte densité de population autochtone, telles que le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest, affichent également des taux très élevés de ces infections.
- Moins de 1 % des cas d'infection par le VIH déclarés au Québec depuis 2002 se rapportent à des autochtones.

3. SITUATION CANADIENNE

En 2007, le taux de **chlamydiose génitale** est légèrement moins élevé au Québec qu'au Canada sans le Québec, particulièrement chez les hommes. Tout comme au Québec, le taux du Canada sans le Québec a doublé entre 1997 et 2007 (110 % d'augmentation). À 176 cas par 100 000, le taux de la chlamydiose du Québec se situe près de ceux de l'Ontario (181 par 100 000), de la Colombie-Britannique (227), du Nouveau-Brunswick (167) et de la Nouvelle-Écosse (191).

En ce qui concerne l'**infection gonococcique**, le taux québécois en 2007, de 18 par 100 000, est un peu moins de deux fois inférieur au taux du Canada sans le Québec (31 par 100 000), lequel a augmenté de 157 % entre 1997 et 2007. Contrairement à ce que l'on constate dans d'autres provinces canadiennes, le taux québécois est nettement plus élevé chez les hommes (26,3 par 100 000 en 2007) que chez les femmes (10,8 par 100 000). Le taux québécois est le plus bas au Canada, après celui des provinces de l'Atlantique. Les taux de l'Ontario et de la Colombie-Britannique sont tous deux de 30 par 100 000.

Le taux de **syphilis infectieuse** au Québec en 2007, de 3,2 par 100 000, est comparable à celui du Québec sans le Canada (2,9), lequel a augmenté de 157 % entre 1997 et 2007. Le taux du Québec est semblable à celui de l'Ontario (2,8 par 100 000), mais plus bas que ceux des deux provinces les plus touchées au Canada, soit l'Alberta et la Colombie-Britannique, qui affichent toutes deux un taux de 6,8 par 100 000. Dans ces deux provinces, des populations hétérosexuelles sont touchées, et plusieurs cas de syphilis congénitale ont été déclarés (un total de 22 cas de 2005 à 2007).

Le taux de cas déclarés d'**hépatite C** au Québec, de 24 par 100 000 en 2007, est inférieur à celui du Canada sans le Québec (39 par 100 000), lequel a diminué d'environ 40 % entre 1997 et 2007. La Saskatchewan, à 50 cas par 100 000, et la Colombie-Britannique, à 65 cas par 100 000, affichent les taux canadiens les plus élevés.

Au Canada, le nombre de **tests positifs pour le VIH** signalés en 2007 était de 2 432, une diminution de 5 % par rapport à l'année précédente. Plus de 80 % des tests positifs signalés en 2007 proviennent des trois provinces suivantes : 44,0 % de l'Ontario (pour un taux de 10,1 par 100 000), 21,5 % du Québec (taux de 8,1 par 100 000) et 16,3 % de la Colombie-Britannique (taux de 10,8 par 100 000). Le taux le plus élevé se retrouve en Saskatchewan (13,6 par 100 000).

À la fin de l'année 2005, selon les estimations de l'Agence de la santé publique du Canada, entre 48 000 et 68 000 personnes au pays étaient atteintes du VIH (y compris les personnes qui ont développé le sida). Ces infections existantes se répartissaient dans les principales catégories d'exposition suivantes : les HARSAH (51 %), les UDI (17 %), les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique (15 %) et les personnes ayant eu des relations hétérosexuelles sans autre facteur de risque (12 %). Entre 2 300 et 4 500 nouvelles infections par le VIH seraient survenues au Canada au cours de l'année 2005. La catégorie des HARSAH représentait toujours le plus grand nombre de nouvelles infections (45 % en 2005 et 42 % en 2002) alors que le nombre de nouvelles infections chez les UDI avait diminué (14 % en 2005 contre 19 % en 2002). Considérant leur poids démographique, les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique de même que les Autochtones continuaient d'être surreprésentés dans l'épidémie de l'infection par le VIH au Canada.

Nombre et taux d'incidence¹ de cas déclarés de certaines ITSS, Québec (2003, 2007 et 2008) et Canada sans le Québec (2003 et 2007)

Infections	Province de Québec						Canada sans le Québec			
	2003		2007		2008 ²		2003		2007	
	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux
Bactériennes										
Chlamydirose génitale	12 295	164,2	13 467	176,3	14 426	188,0	47 771	197,6	58 300	230,7
< 1 an – Sexes réunis ³	18	25,0	7	9,4	0	0,0	12	4,7	15	5,6
15-24 ans – Hommes	1 807	363,4	1 958	397,7	2 147	434,1	8 396	490,2	10 649	594,5
15-24 ans – Femmes	6 598	1 397,6	6 748	1 438,1	7 315	1 551,5	23 624	1 448,8	26 646	1 561,1
Lymphogranulomatose vénérienne	1	0,0	9	0,1	10	0,1				
Infection gonococcique	884	11,8	1 407	18,4	1 626	21,2	7 369	30,5	10 115	31,4
< 1 an – Sexes réunis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,4
15-24 ans – Hommes	175	35,2	305	61,9	345	69,7	1 605	93,7	2 230	124,5
15-24 ans – Femmes	134	28,4	275	58,6	409	86,7	2 123	130,2	2 909	170,4
Syphilis infectieuse⁴	154	2,1	244	3,2	290	3,8	754	3,1	946	2,9
Syphilis congénitale	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	
Virales										
Hépatite B⁵	1 126	15,0	995	13,0	1 009	13,2				
< 1 an – Sexes réunis	4	5,6	2	2,7	2	2,2				
Hépatite C⁶	2 248	30,0	1 855	24,3	1 988	25,9	12 560	51,9	9 946	39,3
< 1 an – Sexes réunis	12	16,7	4	5,4	3	4,4				
Incidence UDI	Années 2003-2007 : 26,8/100 p.-a. ⁸									
Infection par le VIH⁷		443	5,9	335	4,4	ND	ND			
Transmission mère-enfant	2		0		ND	ND				
Incidence UDI	Années 1995-2007 : 3,1/100 p.-a. ⁸									
Incidence HARSAH	Année 2005 : 1,3 p.-a. ⁸									

Sources :

- Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 9 septembre 2008 (pour l'année 2008) et le 24 juillet 2008 (années 2003 et 2007).
- Institut national de santé publique du Québec, Programme de surveillance du VIH au Québec, Étude SurvUDI et Étude ARGUS.
- Agence de la santé publique du Canada, 2008.

Notes :

1. Taux exprimé pour 100 000 personnes-années.
2. Il s'agit du nombre de cas projetés pour 2008 à partir du nombre de cas déclarés au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).
3. Pour le Québec, comprend tous les cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* (génitale, oculaire et pulmonaire).
4. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).
5. Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).
6. Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).
7. Nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif).
8. p.-a. : personne-année. À titre d'exemple, un taux de 1/100 p.-a. signifie que chaque année, 1 personne sur 100 contracte l'infection.

Taux brut d'incidence¹ des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2007

Chlamydirose génitale		Infection gonococcique		Syphilis infectieuse ²		Hépatite B ³		Hépatite C ⁴		VIH	
RSS ⁶	Taux	RSS	Taux	RSS	Taux	RSS	Taux	RSS	Taux	RSS	Taux ⁵
17	2 666,0	17	565,2	06	8,9	06	33,3	06	43,1	06	11,4
18	1 445,2	18	77,2	QC	3,2	13	14,0	18	35,1	17	9,4
09	323,8	06	43,8	16	2,5	QC	13,0	08	26,7	QC	4,4
08	238,9	13	21,6	14	1,9	07	10,1	05	25,3	07	4,0
07	202,8	QC	18,4	03	1,6	05	8,5	15	24,9	13	3,5
04	201,2	03	12,5	04	1,4	16	8,4	QC	24,3	15	3,5
10	198,0	14	10,7	13	1,3	18	7,0	07	22,1	03	2,8
06	196,7	07	10,3	11	1,1	03	6,3	13	21,3	16	2,2
03	180,2	16	9,8	01	1,0	11	5,3	04	20,8	05	2,0
15	177,9	15	7,9	15	0,6	04	5,2	14	17,5	14	1,9
QC	176,3	04	5,6	07	0,6	08	4,2	16	17,2	01	1,0
13	176,0	09	5,3	12	0,5	15	4,1	03	17,1	04	0,8
05	166,8	05	4,3	02	0,0	02	3,3	11	10,7	02	0,7
14	159,3	08	4,2	05	0,0	14	2,8	01	10,5	08	0,7
02	150,8	12	4,0	08	0,0	12	2,3	12	9,9	09	0,0
16	133,2	02	2,2	09	0,0	01	0,0	09	9,6	10	0,0
11	105,5	11	2,1	10	0,0	09	0,0	02	8,1	11	0,0
01	105,2	01	1,5	17	0,0	10	0,0	10	0,0	12	0,0
12	89,0	10	0,0	18	0,0	17	0,0	17	0,0	18	0,0

Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Notes :

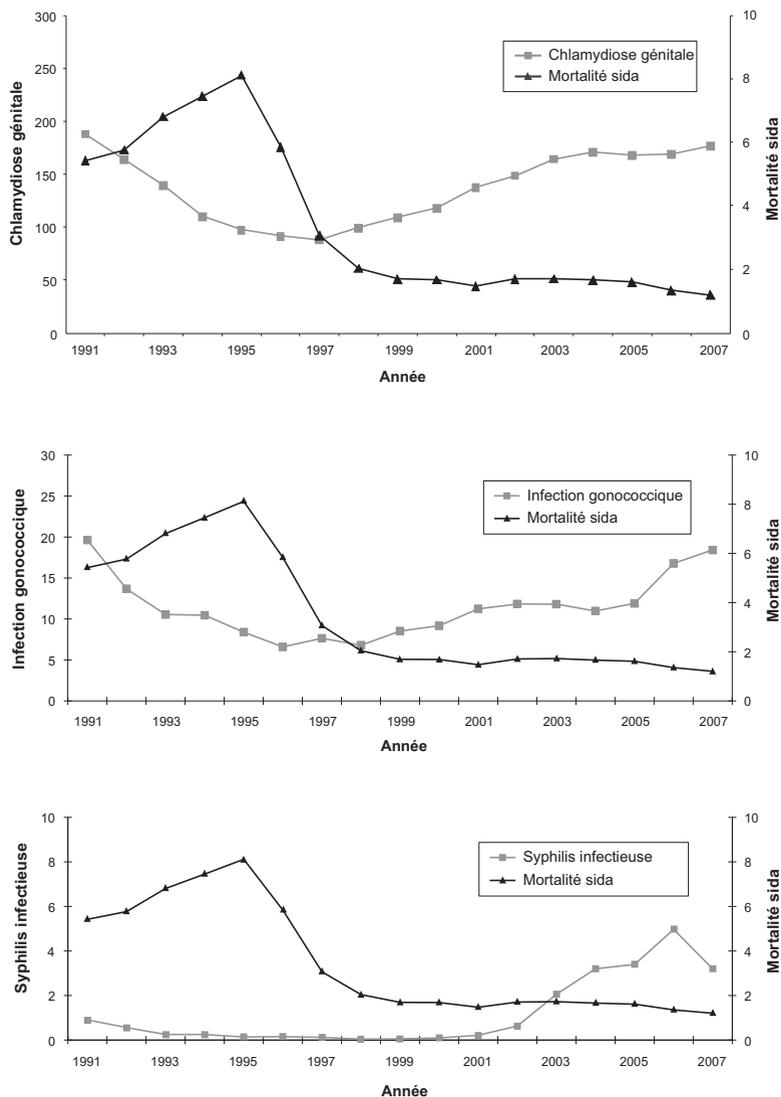
1. Taux exprimé pour 100 000 personnes-années.
2. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).
3. Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, porteur chronique et non précisée).
4. Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).
5. Taux d'incidence estimé à partir du nombre total de nouveaux diagnostics enregistrés en 2007. Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ, octobre 2008).

6.

RSS	= Région socio-sanitaires
01	Bas-Saint-Laurent
02	Saguenay-Lac-Saint-Jean
03	Capitale-Nationale
04	Mauricie et Centre-du-Québec
05	Estrie
06	Montréal
07	Outaouais
08	Abitibi-Témiscamingue
09	Côte-Nord
10	Nord-du-Québec
11	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
12	Chaudière-Appalaches
13	Laval
14	Lanaudière
15	Laurentides
16	Montérégie
17	Nunavik
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James
QC	Province de Québec

Entre 1990 et 1996, la montée de la mortalité due au sida s’est accompagnée d’une chute de la chlamydirose ; le phénomène s’est inversé entre 1996 et 2006. La remontée non seulement de la chlamydirose, mais aussi d’autres ITS comme l’infection gonococcique et la syphilis, peut être associée à une certaine banalisation du VIH, banalisation entraînée par l’arrivée de thérapies antirétrovirales plus efficaces.

Taux brut d’incidence¹ de la chlamydirose génitale, de l’infection gonococcique et de la syphilis infectieuse et taux brut de mortalité par sida, Québec, 1991 à 2007



Sources :

- Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).
 - Registre des décès au 2 juillet 2008. Données obtenues de l’Institut de la statistique du Québec (données provisoires pour 2005 à 2007).
1. Taux pour 100 000 personnes-années.

CHLAMYDIOSE (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 a doublé entre 1997 et 2004, passant de 6 437 à 12 864. En 2007, 13 467 cas ont été déclarés (le nombre de cas variant de 880 à 1 200 par période), soit un taux brut d'incidence de 176 par 100 000, comparable à celui du début des années 1990. On estime que 14 426 cas seront déclarés en 2008. Ainsi, après une période de stabilisation en 2004, 2005 et 2006, les données de 2007 et de 2008 semblent indiquer une nouvelle phase de croissance, avec une augmentation de 11 % entre 2006 et 2008.

Répartition par sexe et par âge

La légère croissance constatée entre 2006 et 2008 se révèle relativement similaire chez les hommes (15 %) et les femmes (11 %). En 2007, les femmes représentent 69 % des cas. De façon générale, les cas sont concentrés chez les adolescents et les jeunes adultes. Chez les femmes, près des trois quarts des cas, soit 73 %, sont des jeunes femmes âgées de 15-24 ans. C'est d'ailleurs dans cette tranche d'âge que le taux d'incidence, de 1 440 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. Chez les hommes, les 20-24 ans sont les plus touchés, suivis des 25-29 ans, avec des taux respectifs de 586 et 350 cas par 100 000. De manière générale, cette répartition par âge et par sexe est demeurée stable au cours des dernières années. Cependant, chez les 10-14 ans, le nombre de cas déclarés en 2007 est 25 % plus bas que celui observé en 2003. En 2007, 94 cas ont été déclarés chez des 10-14 ans (3 gars et 91 filles), ce qui représentait 0,7 % de l'ensemble des cas rapportés au cours de l'année.

En 2007, sept cas d'infection (deux cas d'infection génitale, deux cas d'infection pulmonaire et trois cas d'infection oculaire) ont été déclarés chez des enfants de moins de 1 an, comparativement à six en 2006, 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. Ainsi la Côte-Nord, le Nord-du-Québec, l'Abitibi-Témiscamingue, la Mauricie et Centre-du-Québec, Montréal et l'Outaouais affichent toutes, en 2007, un taux supérieur à 195 par 100 000. Le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James accusent pour leur part des taux très élevés, soit 2 666 et 1 445 par 100 000 respectivement. Les régions de l'Outaouais, de Laval, de Lanaudière et de la Montérégie ont toutes quatre connu des hausses de 20 % et plus du nombre de cas déclarés entre 2003 et 2007.

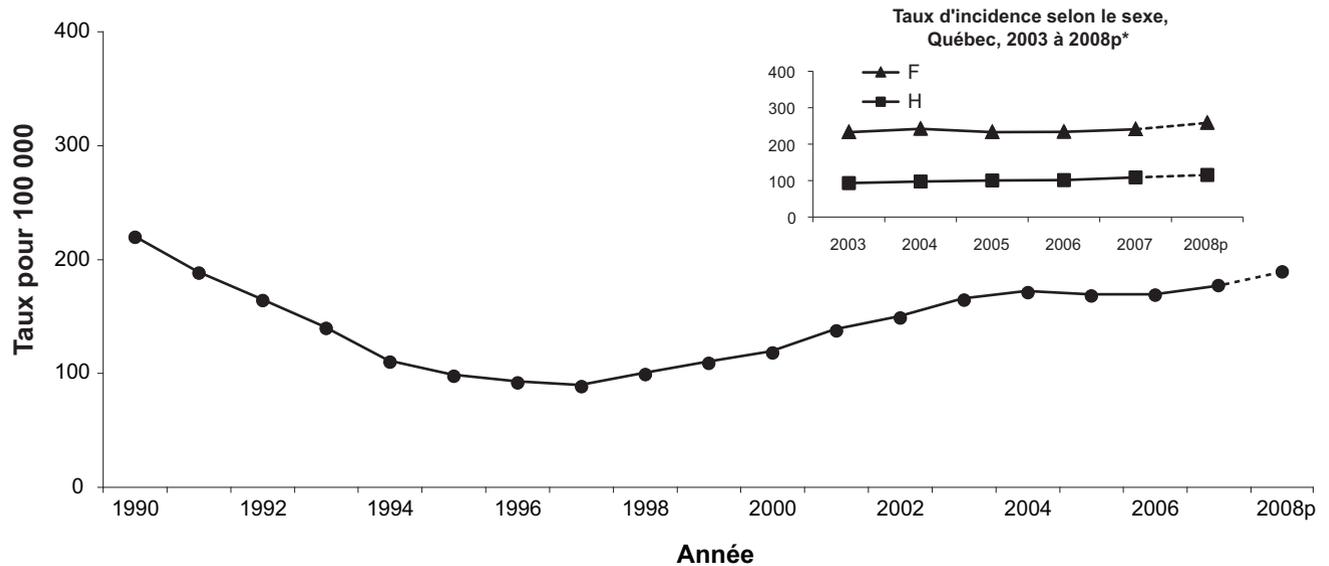
Nouveau variant de *Chlamydia trachomatis*

Un nouveau variant de *Chlamydia trachomatis* présentant une délétion de 377 paires de bases sur son plasmide cryptique a été identifié au début de 2006 dans le sud-ouest de la Suède (comté de Halland), après une décroissance de 25 % de la prévalence de l'infection. Cette délétion est située dans la séquence d'ADN ciblée par la trousse de Roche Diagnostics, largement utilisée en Europe. La dissémination de ce variant suédois de *C. trachomatis* semble très limitée. De rares cas ont été rapportés en Norvège, au Danemark, en Irlande et en France. Le variant n'a pas encore été identifié en Amérique du Nord. Puisqu'au Québec, un nombre important de laboratoires utilisent les trousse de Roche, et que la présence de ce variant sur le territoire

québécois pourrait avoir un effet sur la détection de l'infection, le Laboratoire de santé publique du Québec a entrepris une étude pour vérifier l'émergence de cette souche. Jusqu'à maintenant, le LSPQ a testé 203 échantillons « positifs » de *C. trachomatis*, et n'a détecté le variant suédois sur aucun d'eux. Les connaissances actuelles sur la présence du variant suédois au Québec ne permettent pas de recommander l'utilisation exclusive de trousses capables de détecter ce variant.

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.

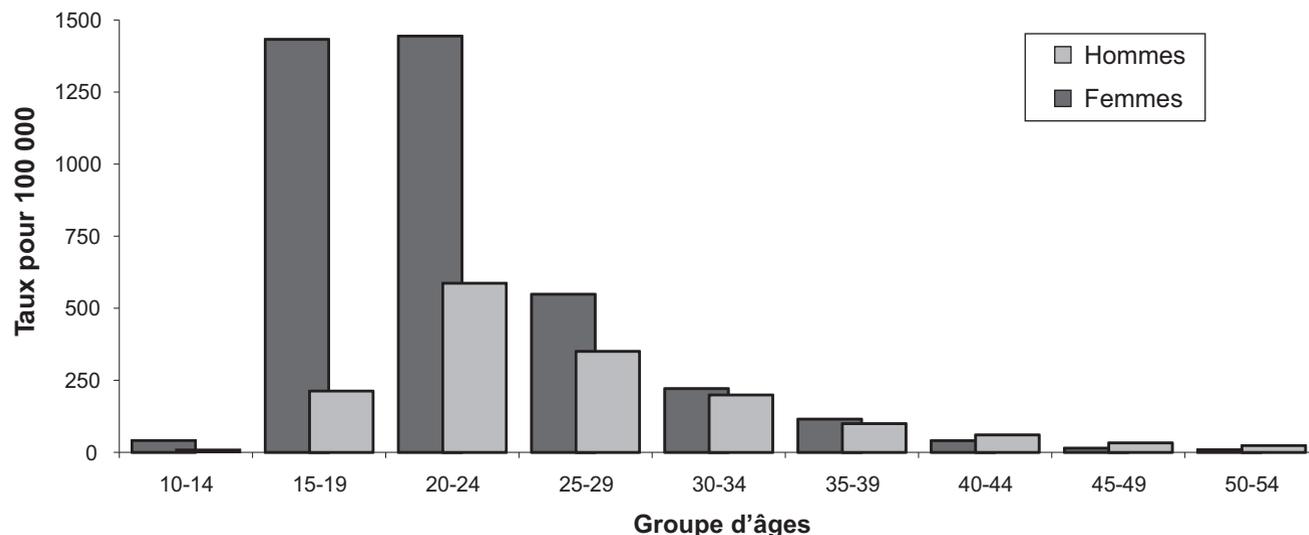
Chlamydieuse génitale : taux brut d'incidence, Québec, 1990 à 2008p*



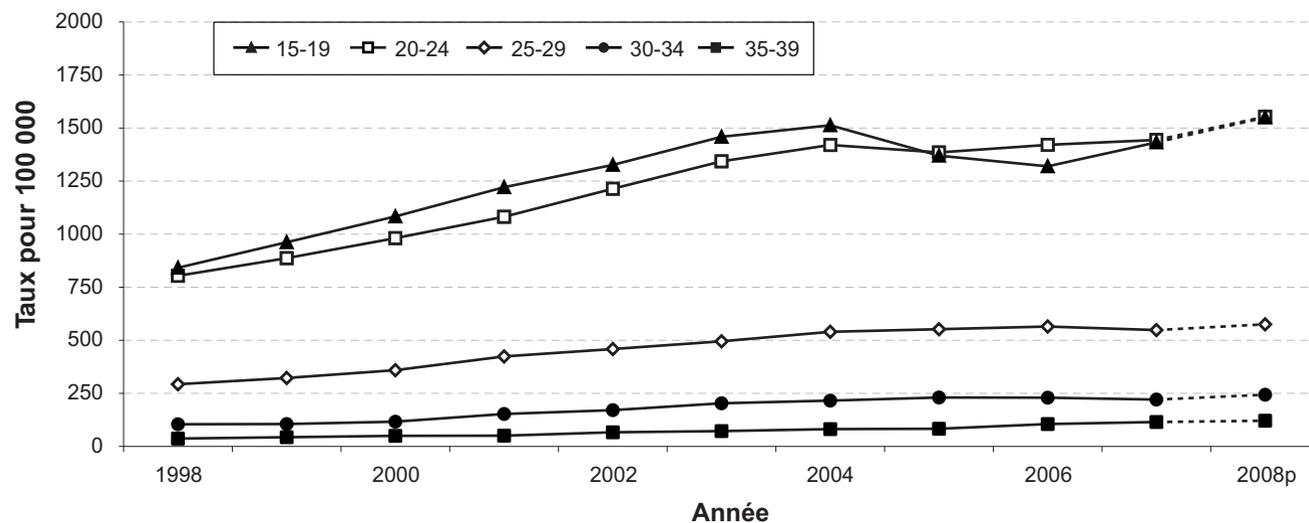
Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2008, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).

Chlamydie génitale : taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2007



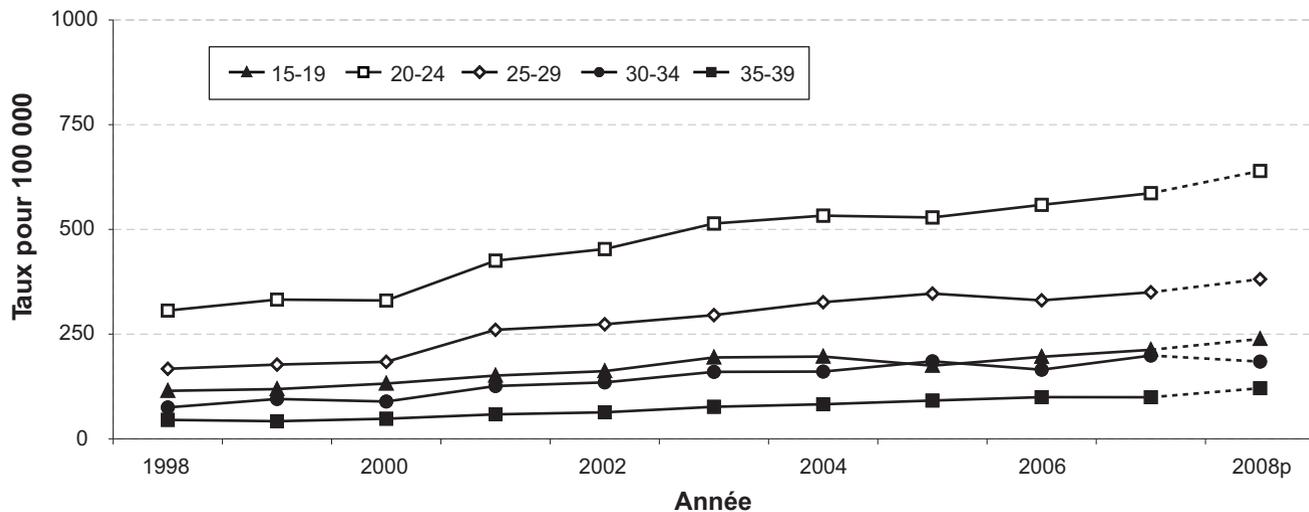
Chlamydie génitale : taux d'incidence pour certains groupes d'âges, femmes, Québec, 1998 à 2008p*



Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2008, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).

Chlamydie génitale : taux d'incidence pour certains groupes d'âges, hommes, Québec, 1998 à 2008p*



Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2008, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).

GNOCOCCIE (INFECTION GNOCOCCIQUE)

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, l'incidence de cas déclarés augmente, pour ensuite se stabiliser entre 2001 et 2004 et amorcer en 2005 un nouveau cycle haussier. En 2007, 1 407 cas ont été déclarés (le nombre de cas variant de 89 à 140 par période), pour un taux d'incidence de 18,4 par 100 000, soit une hausse de 10 % par rapport à l'année 2006.

Les données préliminaires font état de 1 626 cas prévus en 2008. Ainsi, on constate une augmentation globale de plus de 200 % (228 %) du nombre de cas déclarés entre 1998 et 2008, et 81 % depuis le début du nouveau cycle haussier, soit depuis 2005.

Répartition par sexe et par âge

Cette incidence accrue touche les hommes et les femmes. Cependant, entre 2004 et 2008, l'augmentation est 5 fois plus importante chez les femmes (+ 288 %) que chez les hommes (+ 55 %). L'augmentation est particulièrement élevée chez les femmes âgées entre 15 et 24 ans (+ 335 %). En 2007, les femmes constituent 30 % de l'ensemble des cas, comparativement à 18 % en 2004, et 47 % des cas dans le groupe d'âge des 15-24 ans, contre 34 % en 2004. Les deux tiers des cas féminins sont recensés dans le groupe des 15-24 ans (taux de 68 par 100 000 chez les 15-19 ans et de 49 par 100 000 chez les 20-24 ans), une proportion deux fois plus élevée que celle des hommes du même âge (31 %).

Toutefois, ce sont les jeunes hommes âgés entre 20 et 24 ans qui affichent le taux d'incidence le plus élevé d'infections gonococciques (86 par 100 000, soit un taux un peu plus de quatre fois supérieur à celui de la population générale), suivis de ceux âgés entre 25 et 29 ans (67 par 100 000). Globalement, les hommes âgés entre 20 et 29 ans représentent 40 % des cas masculins et 28 % de l'ensemble des cas. Le taux d'infection gonococcique demeure plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes d'âges, sauf chez les 15-19 ans.

Chez les hommes, 7,3 % des infections déclarées en 2007 étaient localisées à la région ano-rectale ; cette proportion était de 8 % en 2003.

Entre deux et six cas d'infection gonococcique ont été déclarés annuellement chez les 10-14 ans au cours des dernières années. En 2007, aucun cas d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* n'a été rapporté chez un enfant âgé de moins de 1 an, un cas l'avait été en 2006 et un avait également été déclaré en 2004.

Distribution géographique

Exception faite des régions du Grand Nord québécois, la région de Montréal détient encore, et de loin, le taux le plus élevé, soit 44 cas par 100 000, comparativement à un taux de 10 par 100 000 pour le reste de la province ; cette région compte à elle seule 60 % des cas déclarés en 2007 alors qu'elle regroupe 25 % de la population totale du Québec.

La région de Laval, qui a connu une forte augmentation en 2007, se situe au deuxième rang, avec un taux d'incidence de 22 par 100 000 ; elle est suivie des régions de la Capitale-Nationale, de Lanaudière, de l'Outaouais et de la Montérégie (environ 10 par 100 000 chacune). Pour leur part, le Nunavik (60 cas déclarés en 2007) et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (11 cas) affichent encore des taux nettement supérieurs à celui de l'ensemble du Québec, soit respectivement 565 et 77 par 100 000. En ce qui concerne le Nunavik, le taux d'incidence estimé pour l'année 2008 (1 736 par 100 000) représente le triple du taux de 2007.

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 HARSAH compteraient pour 60 % des cas masculins, alors que la proportion d'HARSAH dans la population générale oscille entre 5 et 10 %.

Souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes aux fluoroquinolones

Depuis quelques années, on assiste à l'émergence de la résistance du gonocoque à la ciprofloxacine, un antibiotique de la classe des quinolones. En 2007, 27,3 % des souches de *N. gonorrhoeae* déclarées au Québec étaient résistantes à la ciprofloxacine, comparativement à 30,2 % en 2006, 19,1 % 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.

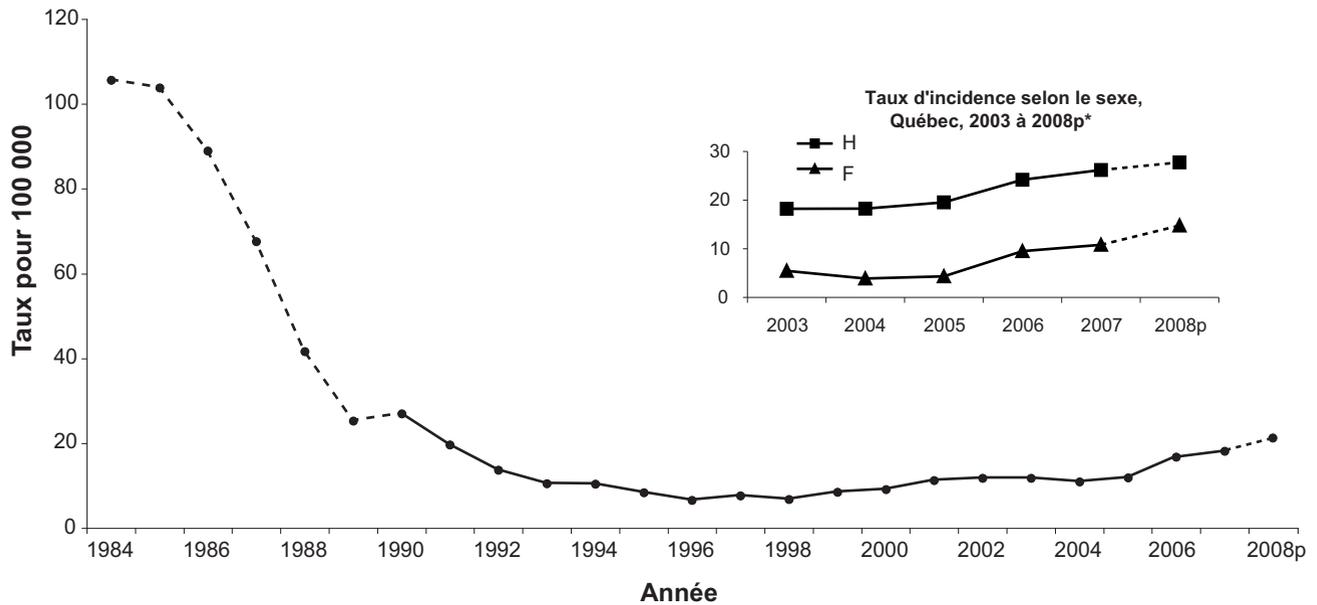
Depuis 1998, le traitement de première intention pour l'infection gonococcique urétrale, endocervicale ou rectale est la céfixime. Les fluoroquinolones (ciprofloxacine, ofloxacine) ne sont pas recommandées au Québec puisque le taux local de résistance à la ciprofloxacine dépasse le seuil acceptable, fixé entre 3 et 5 %.

Souches de *Neisseria gonorrhoeae* non productrices de proline iminopeptidase

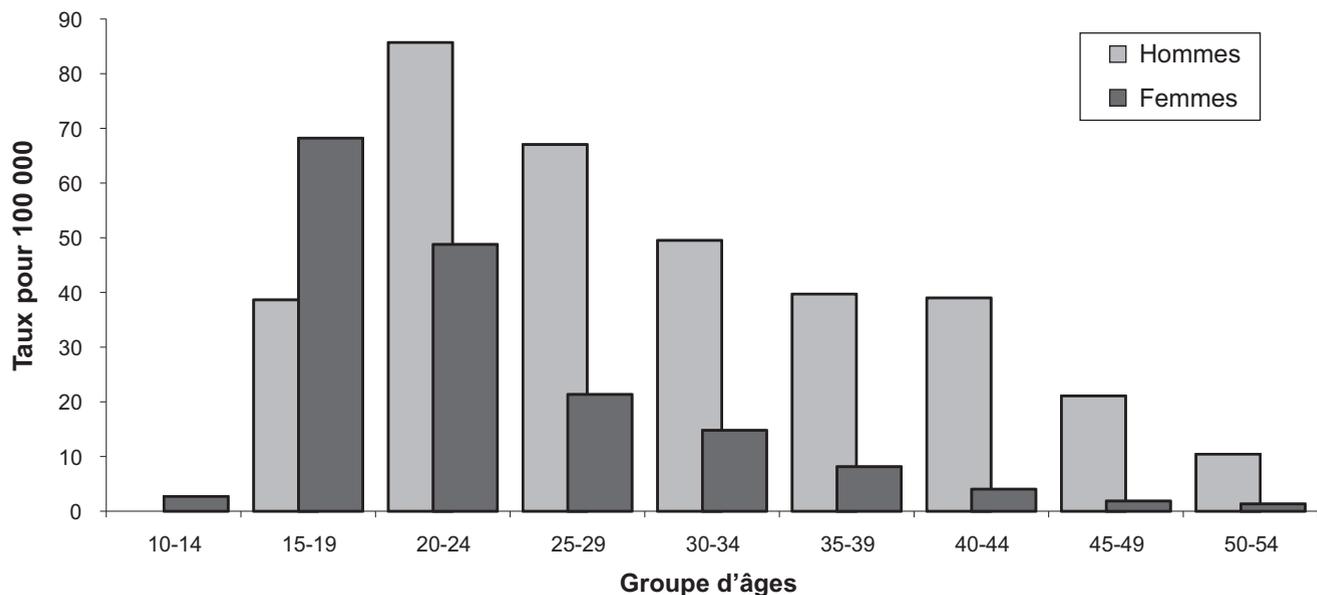
Depuis le début des années 2000, l'émergence de souches de *N. gonorrhoeae* déficientes pour l'activité de l'enzyme proline iminopeptidase (PIP) a été constatée dans plusieurs régions du globe, dont l'Australie, le Danemark, l'Écosse et la Nouvelle-Zélande. Cette enzyme était reconnue, jusqu'à récemment, comme étant présente dans toutes les souches de *N. gonorrhoeae*. La présence de souches PIP déficientes peut entraîner des résultats faussement négatifs lorsqu'une trousse biochimique commerciale est utilisée comme seule méthode d'identification de *N. gonorrhoeae* par le laboratoire. Le LSPQ a entrepris une étude afin de mesurer la prévalence des souches de *N. gonorrhoeae* PIP déficientes au Québec. Des souches venant de trois centres hospitaliers ont été analysées, selon les recommandations des manufacturiers, à l'aide de trois trousse commerciales qui comprennent la détection de la proline iminopeptidase dans leur panel de réactions biochimiques. Aucune des 244 souches analysées jusqu'à présent ne s'est révélée déficiente en enzyme PIP. Le LSPQ prévoit l'examen de 250 souches au total.

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 par le VIH.

Infection gonococcique : taux brut d'incidence, Québec, 1984 à 2008p*



Infection gonococcique : taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2007

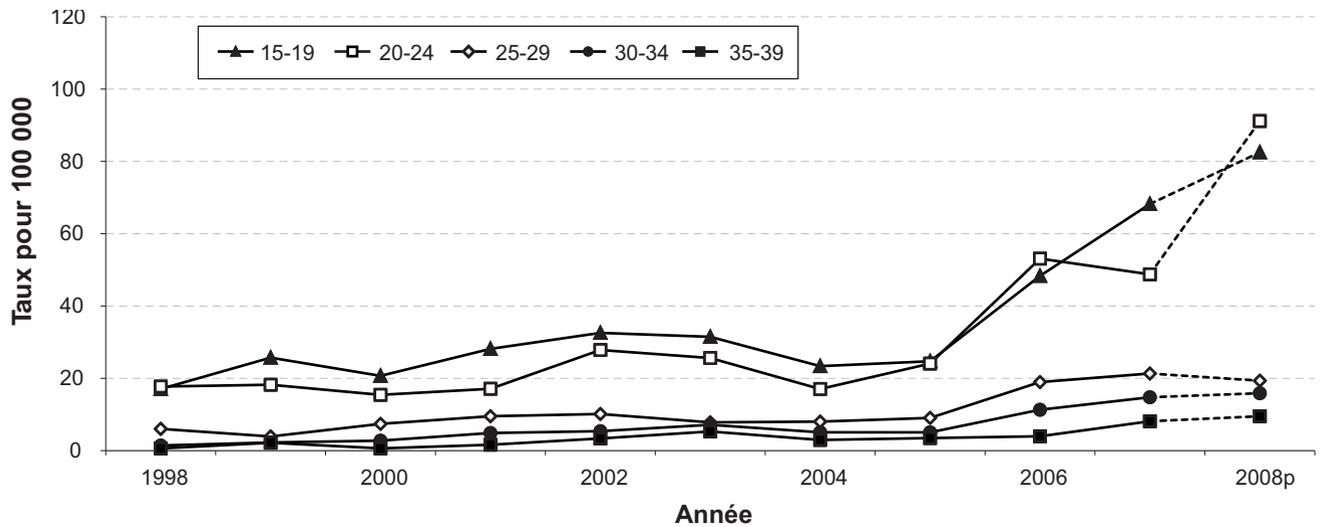


Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

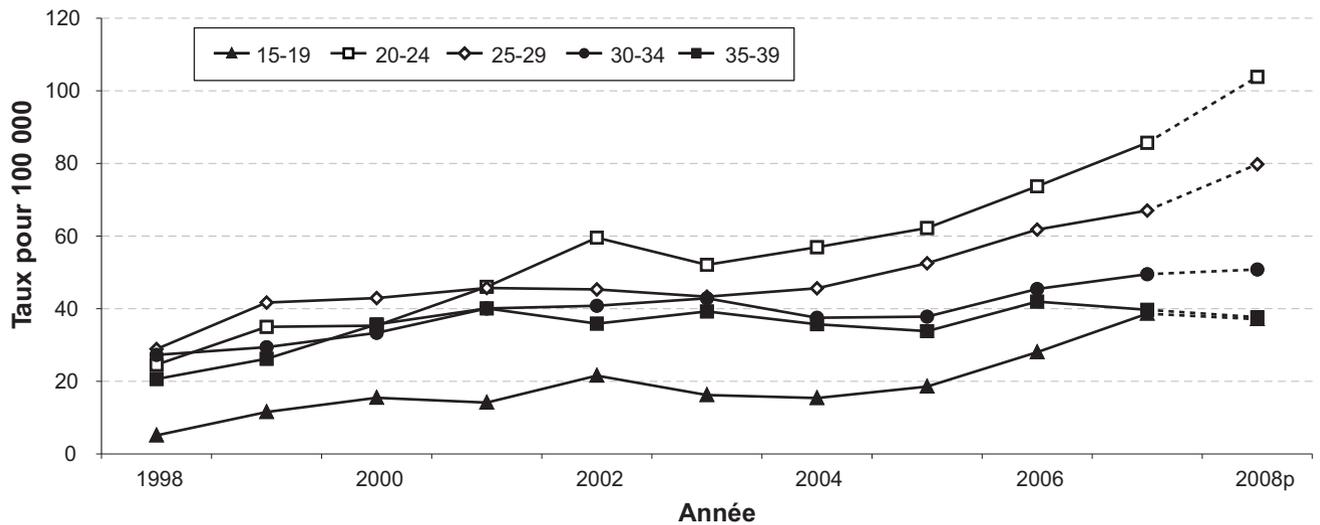
Pour les années 1984 à 1989, les taux sont tirés de rapports antérieurs. Ces taux n'ont pas été calculés sur les mêmes estimations de population que celles de la période 1990 à 2008, qui reposent sur le recensement de 2001.

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2008, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).

Infection gonococcique : taux d'incidence pour certains groupes d'âges, femmes, Québec, 1998 à 2008p*



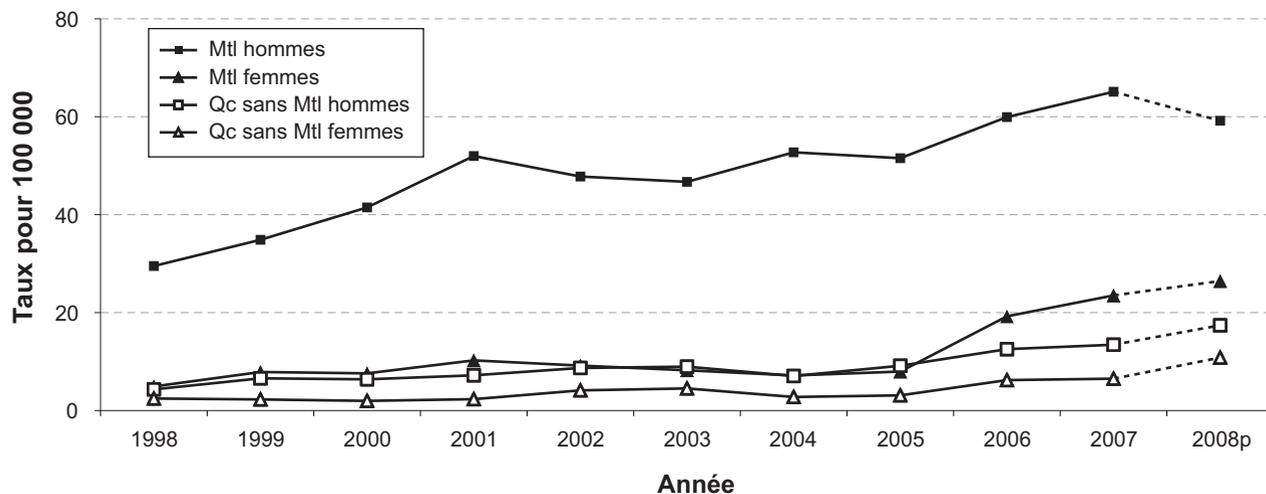
Infection gonococcique : taux d'incidence pour certains groupes d'âges, hommes, Québec, 1998 à 2008p*



Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2008, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).

Infection gonococcique : taux d'incidence selon le sexe, Montréal et hors Montréal, Québec, 1998 à 2008p*



Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2008, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).

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 tous stades. Pour l'année 2007, on recense 995 cas d'hépatite B (taux de 13 par 100 000), dont 46 hépatites B aiguës (0,6 cas par 100 000), 626 hépatites B chroniques (8,2 par 100 000) et 323 hépatites B sans précision (4,2 par 100 000). Le nombre de cas a varié de 53 à 90 par période. En 15 ans, le nombre de cas d'hépatite B a diminué de moitié (54%). Le rythme de diminution a ralenti au cours des cinq dernières années : la baisse du nombre de cas était de 11,6% entre 2003 et 2007, et de 3,8% entre 2006 et 2007. Les données de 2008 laissent entrevoir un plafonnement.

Hépatite B aiguë. Entre 1992 et 2007, le taux brut de l'hépatite B aiguë est passé de 6,5 à 0,6 cas par 100 000 personnes, soit une diminution totale de 90% ; on compte donc presque dix fois moins de cas déclarés d'hépatite B aiguë qu'en 1992. On estime à 40 le nombre de cas qui pourraient être déclarés en 2008, ce qui confirme la régression de la maladie.

Répartition par sexe et par âge

Hépatite B tous stades. Les taux chez les hommes ont toujours été plus élevés que chez les femmes. La baisse d'incidence constatée au cours des dernières années est similaire pour les deux sexes. En 2007, le taux d'incidence est de 15,5 chez les hommes, contre 10,2 chez les femmes ; les hommes représentent 87 % des cas aigus, 61 % des cas porteurs et 49 % des cas de stade non précisé. Le groupe des 30 à 39 ans accuse les taux les plus élevés (32,5 par 100 000).

Hépatite B aiguë. La baisse d'incidence est similaire pour les deux sexes. Cependant, les hommes de tous les groupes d'âges 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.

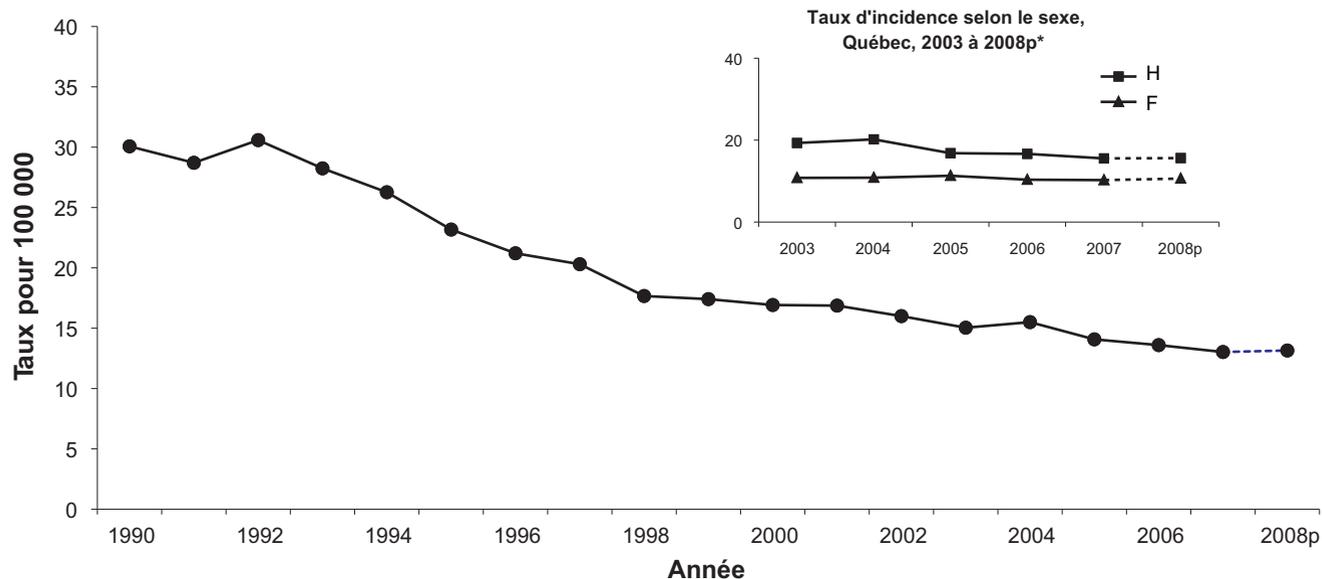
En 2007, deux cas d'hépatite B ont été rapportés chez des enfants âgés de moins de 1 an, dont un cas d'hépatite B aiguë.

Distribution géographique

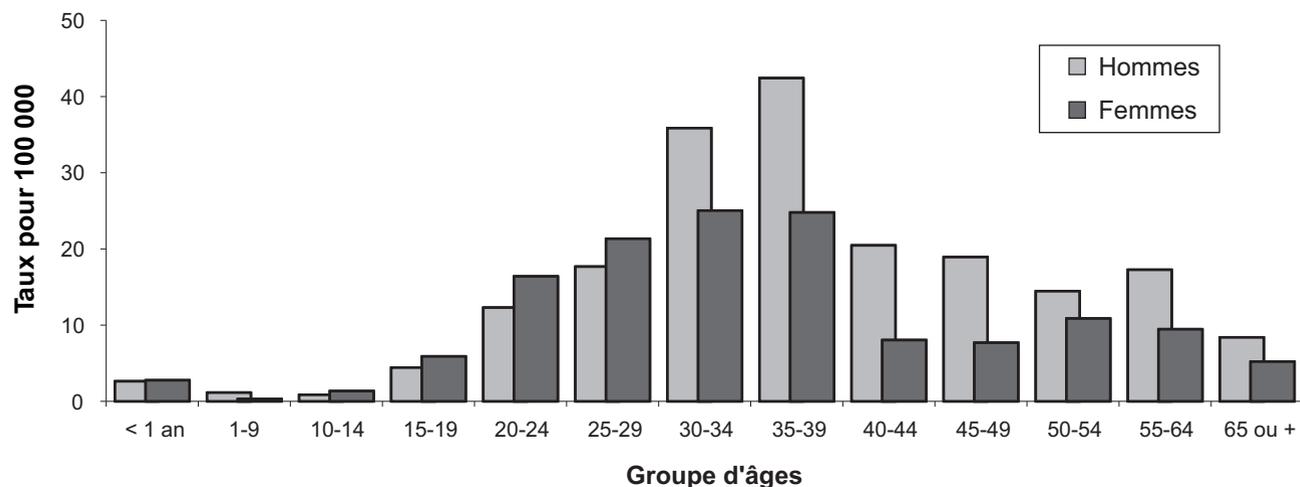
Encore en 2007, la région de Montréal enregistre le taux le plus élevé de cas déclarés d'hépatite B, soit 33,3 cas par 100 000. Elle est suivie des régions de Laval (14,0 par 100 000), de l'Outaouais (10,1), de l'Estrie (8,5) et de la Montérégie (8,4).

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. Par ailleurs, la surinfection par le virus de l'hépatite D (VHD) d'une infection par le VHB contribue à une évolution vers la cirrhose chronique. Le VHD est un virus défectif dont la répllication nécessite la présence du VHB.

Hépatite B : taux brut d'incidence, Québec, 1990 à 2008p*



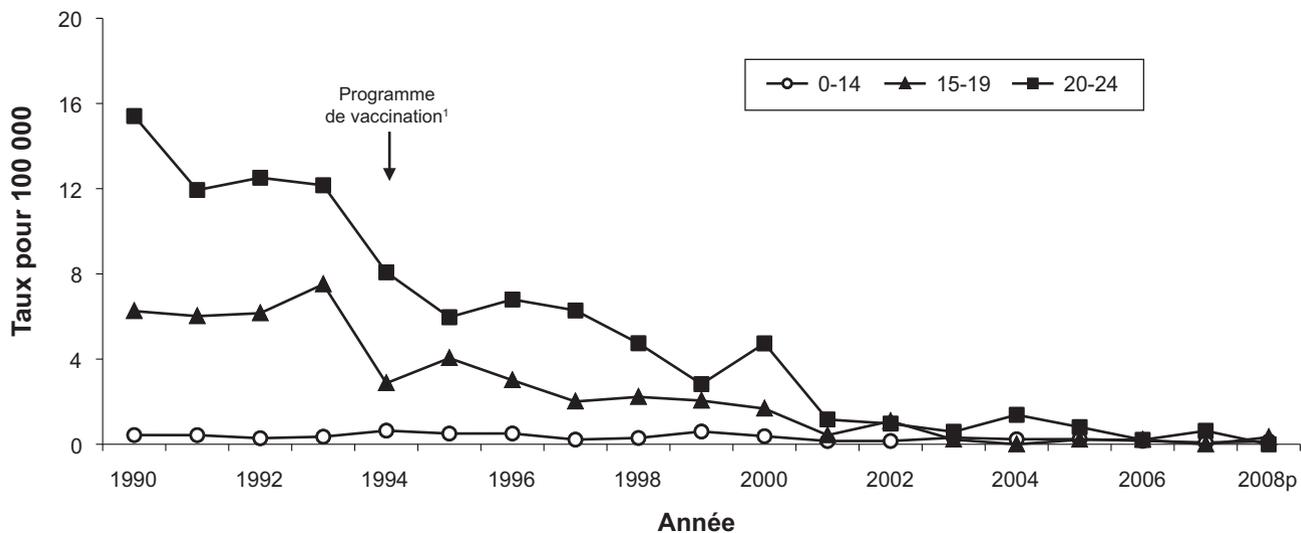
Hépatite B : taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2007



Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2008, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).

Hépatite B aiguë : taux d'incidence chez les 0-14, 15-19 et 20-24 ans, sexes réunis, Québec, 1990 à 2008p*



Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2008, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).

1. Année d'implantation au Québec du programme universel de vaccination contre l'hépatite B offert en 4^e année du primaire.

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 clinique initiale est très souvent fruste et atypique ; aussi la grande majorité des cas déclarés sont-ils des cas de stade non précisé.

En 2007, 5 cas d'hépatite C aiguë et 1 850 cas d'hépatite C de stade non précisé ont été déclarés, pour un total de 1 855 cas (taux brut de cas déclarés : 24,3 par 100 000 ; nombre par période : de 128 à 166 cas). La baisse du nombre de cas déclarés constatée à compter de 2001 se confirme : elle est de 18 % pour la période 2003-2007. Toutefois, on estime à 1 988 le nombre de cas qui seraient déclarés en 2008, ce qui représente une légère remontée.

Entre 1991 et 2007, près de 30 000 cas de cette infection qui évolue le plus souvent de façon chronique ont été déclarés au Québec.

Répartition par sexe et par âge

La baisse d'incidence constatée au cours des dernières années est similaire pour les deux sexes, mais la légère croissance prévue en 2008 par rapport à 2007 semble ne toucher que les hommes. De façon générale, les hommes représentent les deux tiers (65 % en 2007) des cas déclarés. Pour les deux sexes, les individus âgés entre 35 et 54 ans sont les plus touchés. À cet âge, le taux oscille entre 56 et 78 cas par 100 000 chez les hommes, et entre 21 et 34 par 100 000 chez les femmes.

En 2007, quatre cas d'hépatite C ont été rapportés chez des enfants de moins de 1 an.

Distribution géographique

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 43 cas par 100 000, comparativement à un taux moyen de 18 cas par 100 000 pour l'ensemble des autres régions. Elle est suivie des régions des Laurentides, de la Mauricie et Centre-du-Québec, de l'Abitibi-Témiscamingue, de l'Estrie, de Laval et de l'Outaouais, qui affichent chacune un taux entre 20 et 27 par 100 000. En 2007, cinq cas ont été déclarés chez des résidents des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Facteurs d'exposition

Depuis 1992, l'application universelle de tests de détection de l'hépatite C a permis d'enrayer la transmission associée à l'administration de produits sanguins. L'infection est maintenant concentrée parmi les utilisateurs de drogues ; elle se transmet surtout à l'occasion du partage de matériel d'injection (seringues, aiguilles, filtres, contenants) et, dans une moindre mesure, de matériel d'inhalation (pailles, pipes). Les données recueillies dans le cadre de la surveillance de l'hépatite C réalisée entre 2002 et 2004 (données provinciales, 2 482 cas ont fait l'objet d'une enquête) montrent que 78 % des personnes atteintes d'hépatite C avaient fait usage de drogues par injection au cours de leur vie. Cette proportion est de 58 % dans la région de Montréal. Plusieurs des cas de cette région auraient acquis l'infection en dehors du Canada, le plus souvent par l'administration de soins de santé avec du matériel non stérile (injection de médicaments et autres procédures).

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

Facteur de risque, cas déclarés d'hépatite C, Montréal, 2004 (n = 712)		%
Utilisation de drogues par injection (actuelle ou passée)		58
Non-utilisation de drogues par injection (actuelle ou passée) parmi les non-UDI ¹		39
	% ²	
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*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2007.

1. Pour les cas non-UDI, plus d'un facteur de risque peut être rapporté. Des facteurs de risque ne figurent pas au tableau, soit ceux mentionnés pour moins de 4 % des cas non-UDI.
2. Pourcentage parmi les non-UDI.

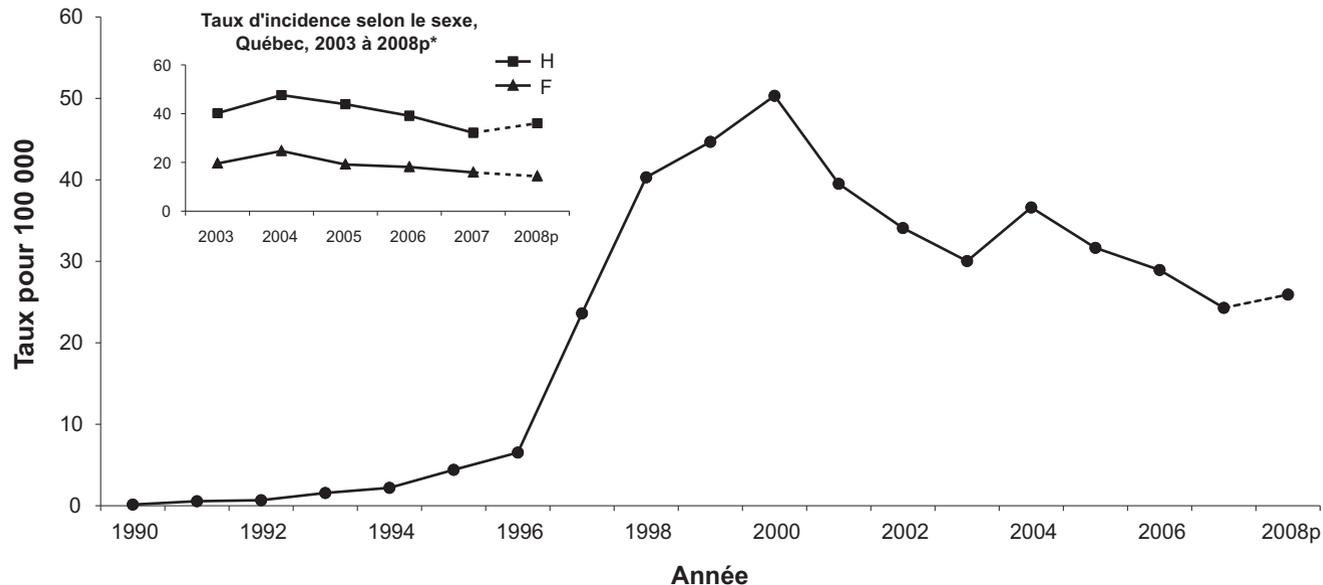
La prévalence de l'hépatite C dans la population générale est estimée à 0,8 %. Les résultats d'études épidémiologiques québécoises portant sur l'infection par le virus de l'hépatite C au sein de diverses populations sont présentés à l'annexe 4.

Population	Période de collecte	Prévalence VHC (%)
UDI	2003-2007	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

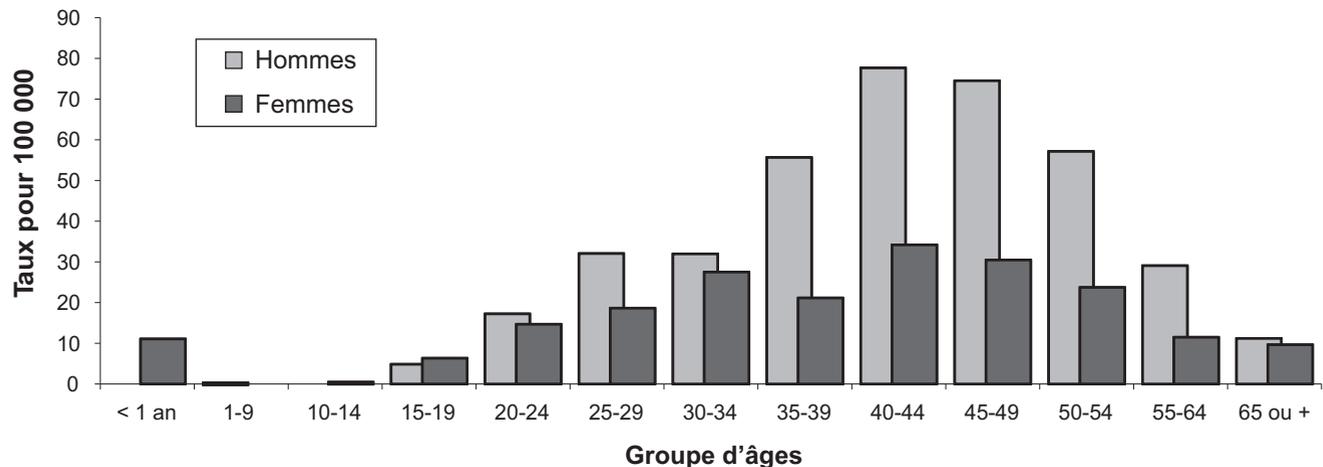
Selon les données recueillies par le réseau de surveillance SurvUDI entre 2003 et 2007, 62 % des UDI étaient infectés par le VHC. La prévalence du VHC s'élevait à 39 % chez les 20-24 ans et atteignait 77 % chez les 40 ans ou plus ; elle était de 64 % en milieu urbain et de 51 % en milieu semi-urbain. Le taux d'incidence dans cette population était de 26,8 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 2008p*



Hépatite C : taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2007



Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2008, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).

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 ont été déclarés en 2005, 44 en 2006 et 9 en 2007 (taux de 0,12 cas par 100 000 en 2007). Selon les données disponibles après la huitième période, on estime qu'environ huit cas seront déclarés en 2008.

Entre 2003 à 2007, un total de 80 cas de LGV ont été déclarés au fichier provincial MADO, dont 41 % étaient des cas confirmés. Les cas confirmés 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 par âge

Tous les cas déclarés entre 2003 et 2007 sont masculins. Près de trois cas sur quatre (73 %) sont des hommes 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 (91,3 %) des cas déclarés entre 2003 et 2007 l'ont été dans la région de Montréal, et tous les cas de 2007 résidaient dans cette région. Les autres cas ont été déclarés en Estrie (un cas en 2005), en Montérégie (trois cas en 2006), à Laval (deux cas en 2006) et au Saguenay-Lac-St-Jean (un cas en 2006).

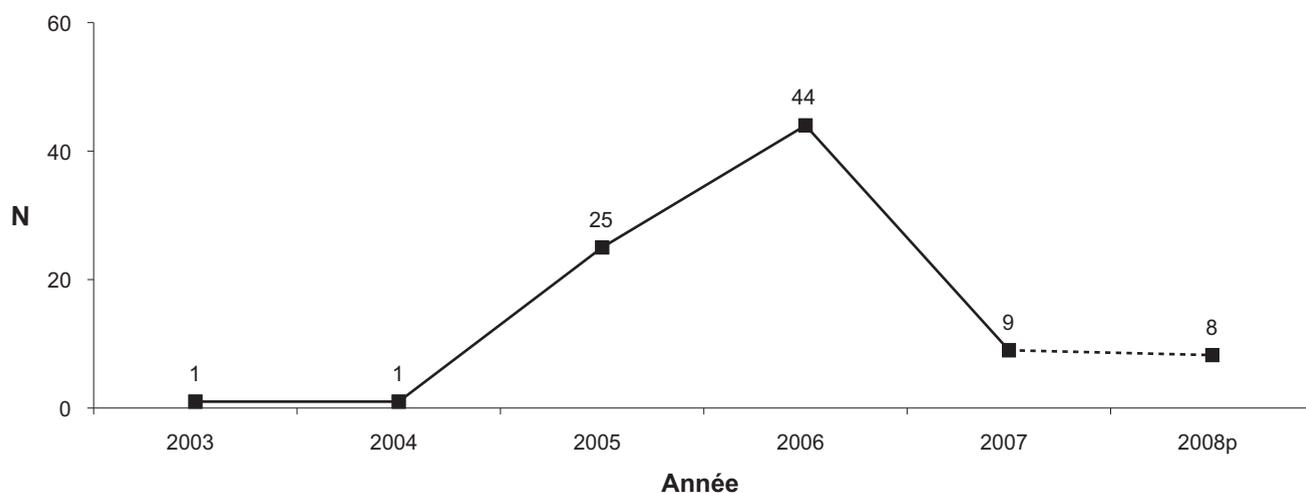
Facteurs d'exposition

Selon les enquêtes réalisées dans le cadre de la surveillance de la LGV (données montréalaises, 2003-2007, n = 73), on peut dégager les constats suivants (les cas pour lesquels la donnée était manquante ont été exclus du calcul des proportions) :

- les HARSAH représentent la totalité des cas ;
- 88 % des HARSAH atteints de LGV ont déjà eu une ITSS au cours de leur vie, 41 % ont déjà contracté une syphilis et au moins 57 % sont infectés par le VIH ;
- 64 % ont eu des relations sexuelles dans des saunas gais au cours de la période d'incubation ;
- 20 % ont eu des relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec ;
- aucun répondant n'a reçu ou donné d'argent en échange de relations sexuelles 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, une ou quelques années après le début de la maladie, les complications suivantes : 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.

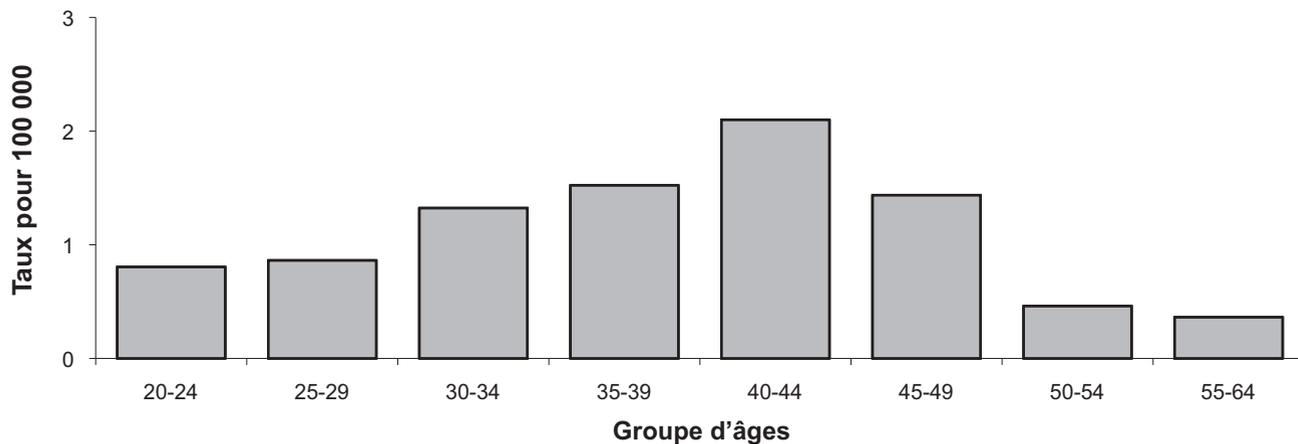
Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, 2003 à 2008p*



Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2008, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).

Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence¹ selon l'âge, hommes, Québec, période 2005-2007 (n = 78 cas)



Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

1. Taux exprimé pour 100 000 personnes-années.

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, syphilis tertiaire autre que neurosyphilis, autres formes, syphilis congénitale et syphilis 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.

Entre 1984 et 1995, le nombre annuel de déclarations de syphilis infectieuse a chuté de 355 à 10 cas, pour descendre à un plancher de 3 cas en 1998 (taux < 0,1 cas par 100 000 personnes). Cependant, à compter de 2000, une tendance à la hausse s'est dessinée. En 2003, l'explosion du nombre de cas déclarés a confirmé une épidémie qui a évolué par la suite à un rythme rapide et soutenu, si bien qu'en 2006, la syphilis infectieuse était revenue à son niveau de 1984.

En 2007, 244 cas ont été déclarés (68 syphilis primaires, 111 syphilis secondaires et 65 syphilis latentes précoces), pour un taux d'incidence de 3,2 cas par 100 000 (le nombre de cas variant de 10 à 26 par période). Ainsi, après six années de hausse continue (le nombre de cas de syphilis infectieuse est passé d'environ un par mois en 2001 à un par jour en 2006), on constate une baisse de 35 % en 2007 par rapport à 2006. Toutefois, les données des huit premières périodes laissent entrevoir que près de 300 cas pourraient être déclarés en 2008, ce qui représente une remontée de 19 % par rapport à 2007. Depuis le début de l'épidémie, en 2000 jusqu'à la fin de 2007, un total de 1 344 cas de syphilis infectieuse ont été déclarés au Québec.

La classification des cas de syphilis selon leur stade (primaire, secondaire, etc.) est complexe. Les ressources affectées aux enquêtes sur les cas de syphilis déclarés (enquêtes visant entre autres à déterminer le stade de l'infection) varient selon les critères de priorité régionaux, aussi des syphilis en phase infectieuse peuvent ne pas être reconnues. Les résultats des tests de confirmation de la tréponématose effectués au Laboratoire de santé publique du Québec constituent un autre indicateur de la situation de la syphilis. Le nombre de tréponématoses confirmées au LSPQ et présentant un titre de 1/8 et plus à un test non tréponémique (un titre plus compatible avec une syphilis en phase infectieuse) a baissé de 13 % en 2007 comparativement à 2006. Par contre, selon les données disponibles au 30 juin 2008, on estime que le nombre de tréponématoses avec titre de 1/8 et plus sera au moins 50 % plus élevé en 2008 qu'en 2007.

Répartition par sexe et par âge

Les femmes demeurent peu touchées : 5 cas ont été déclarés chez des femmes en 2003, 13 en 2004, 8 en 2005, 6 en 2006 et 7 en 2007. Environ les trois quarts de ces femmes, soit 29, étaient en âge de procréer (elles avaient entre 15 et 44 ans). Les hommes constituent la quasi-totalité des cas (97 % en 2007). La moitié 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 15,6 pour 100 000. Entre 2006 et 2007, le nombre de cas a diminué chez les hommes de tous les groupes d'âges.

En 2005, pour la première fois depuis le début de l'épidémie, le groupe des 15-19 ans a été touché par la syphilis. Deux cas ont alors été signalés dans ce groupe d'âge, trois l'ont été en 2006, cinq l'ont été en 2007, et on estime que sept le seront en 2008.

Aucun cas de syphilis congénitale n'a été déclaré depuis 2003.

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 2007, Montréal, avec 69 % des cas du Québec, affiche encore et de loin le plus haut taux, soit 8,9 par 100 000, et ce, malgré une baisse de 42 % du nombre de cas déclarés dans cette région par rapport

à 2006 (contre une baisse de 13 % dans le Québec en dehors de Montréal). Suivent, en ordre décroissant, la Montérégie (2,5), Lanaudière (1,9), la Capitale-Nationale (1,6), la Mauricie et Centre-du-Québec (1,4) ainsi que Laval (1,3). La situation des deux dernières années est relativement stable dans ces régions. Les régions de l'Outaouais et des Laurentides ont quant à elles connu des baisses notables entre 2006 et 2007, la première passant de 11 à 2 cas déclarés et la seconde, de 9 à 3 cas déclarés.

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 des 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 au cours de la dernière année, 7 % d'entre eux ont eu des relations sexuelles avec des hommes et des femmes ;
- 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'éclosion de syphilis.

Les informations complémentaires fournies par les enquêtes réalisées dans le cadre de la surveillance de la syphilis infectieuse (données montréalaises, septembre 2000 à août 2008) ont permis de dégager les constats suivants (les cas pour lesquels la donnée était manquante ont été exclus du calcul des proportions).

Parmi les HARSAH (n = 887) :

- près de 80 % ont déjà contracté une ITSS au cours de leur vie, et au moins 48 % sont infectés par le VIH ;
- près de 20 % ont eu au cours de la période d'incubation des relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec.

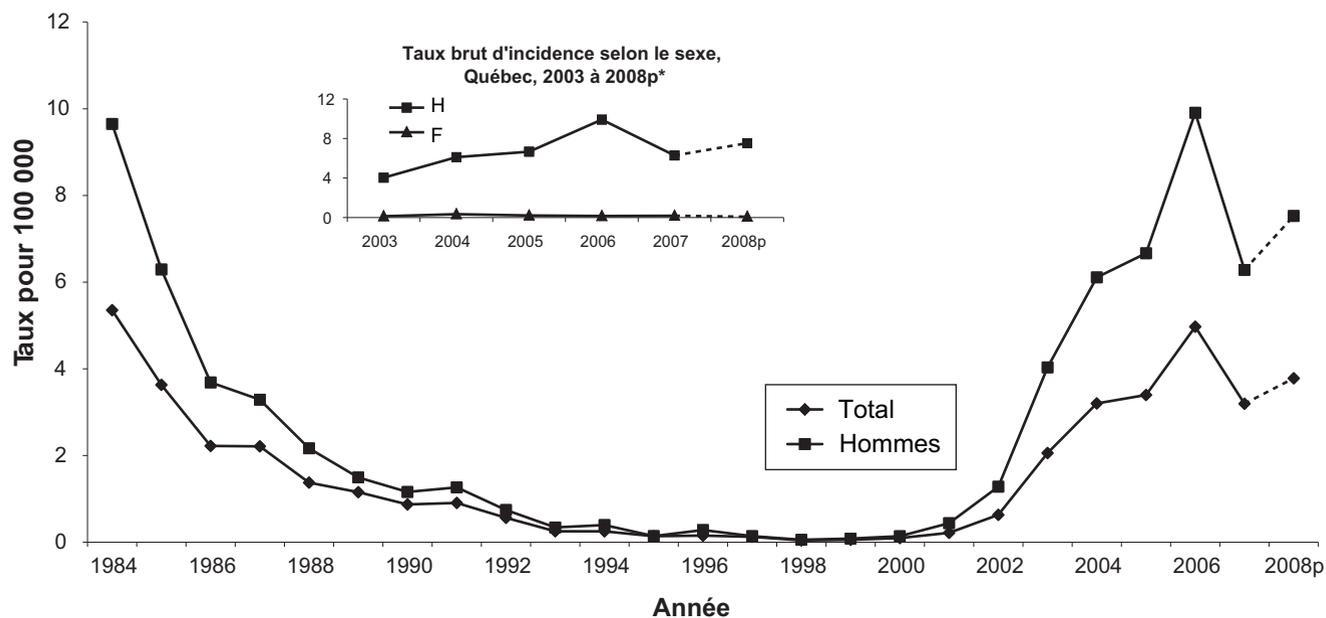
Parmi les personnes ayant eu des relations exclusivement hétérosexuelles (n = 49) :

- 54 % sont d'origine ethnoculturelle autre que canadienne-française ou canadienne-anglaise ;
- 35 % ont eu au cours de la période d'incubation des relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec.

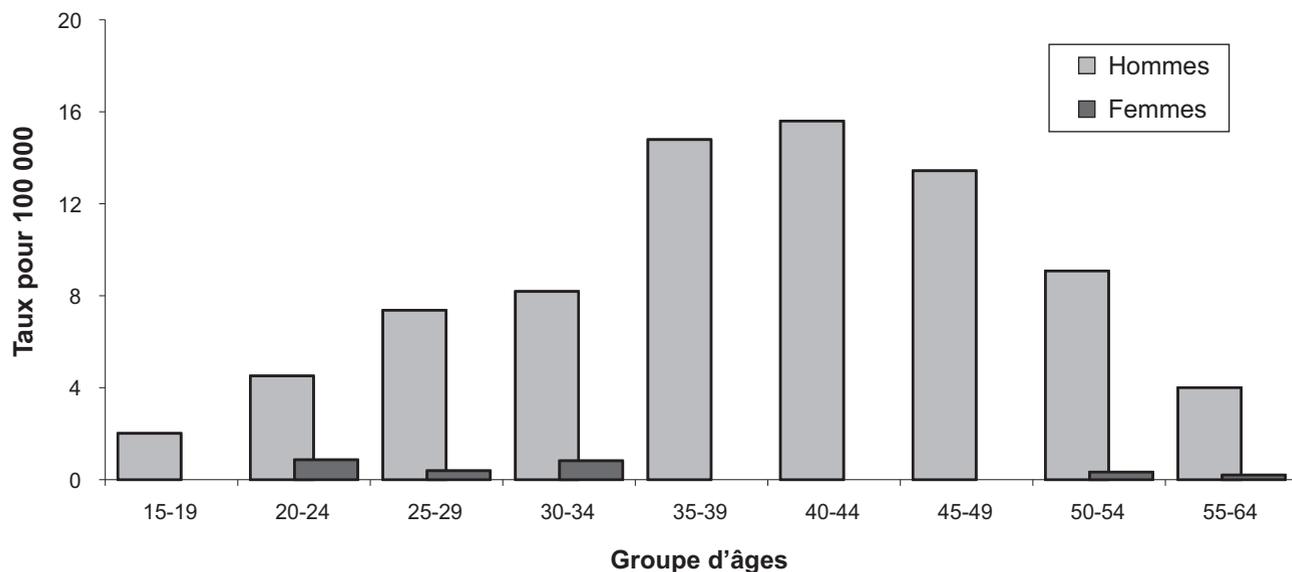
Tant en ce qui concerne les HARSAH que les personnes ayant eu des relations exclusivement hétérosexuelles, ces caractéristiques sont demeurées relativement stables entre 2000 et 2008.

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 2008p*



Syphilis infectieuse : taux d'incidence selon l'âge et le sexe, Québec, 2007



Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Pour les années 1984 à 1989, les taux sont tirés de rapports antérieurs. Ces taux n'ont pas été calculés sur les mêmes estimations de population que celles de la période 1990 à 2008, qui reposent sur le recensement de 2001.

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2008, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).

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

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 annuel de tests anti-VIH demandés est passé de 229 496 en 2002 à 291 086 en 2006, soit une augmentation de 27 % ; cependant, le nombre de tests effectués a diminué de 4 % entre 2006 et 2007. Le taux de spécimens confirmés positifs se maintient à moins de 1 % depuis le début du programme ; il est passé de 0,75 % en 2002 à 0,56 % en 2007, soit une diminution de 25 %.

Le Programme de surveillance de l'infection par le VIH est entré en vigueur le 18 avril 2002. Depuis, 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 antérieur.

Nouveau diagnostic :

Un nouveau diagnostic est celui établi chez un individu qui n'avait jamais eu de test VIH auparavant ou chez qui tous les tests antérieurs s'étaient révélés négatifs. On présume alors que l'infection par le VIH vient d'être détectée, ce qui ne signifie pas forcément, toutefois, que l'infection soit récente. Les nouveaux diagnostics correspondent à des infections récentes si le dépistage a été précoce.

Ancien diagnostic :

Un ancien diagnostic se rapporte à un individu dont au moins un des tests antérieurs s'était révélé positif, sans que le cas ait été précédemment déclaré. Plusieurs raisons expliquent pourquoi les tests positifs antérieurs n'ont pas mené à la déclaration du cas : test anonyme, test effectué dans le cadre d'une étude ou pour compléter un dossier de demande d'assurance, test effectué par un laboratoire qui n'était pas dans le réseau du diagnostic de l'infection par le VIH ou qui n'était pas implanté au Québec, test effectué avant l'instauration du programme, personne sans numéro d'assurance maladie du Québec (NAM) au moment des tests antérieurs, etc. On présume ici que la personne était au courant de son statut d'infection avant le prélèvement du dernier spécimen qui a mené à sa déclaration au programme de surveillance.

Impossible à caractériser :

Dans le rapport 2007 du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, on a corrigé la surestimation antérieure du nombre de nouveaux et d'anciens diagnostics découlant d'une mauvaise interprétation de la variable « Date du dernier test négatif ». Une troisième catégorie de diagnostic a été ajoutée pour les cas au sujet desquels les informations disponibles ne permettent pas de déterminer si ce sont de nouvelles découvertes de séropositivité au VIH ou d'anciens diagnostics.

Personnes sans NAM :

Entre le début du programme de surveillance et la fin de 2007, 2 331 spécimens n'ont pu être déclarés. Parmi ces spécimens impossibles à déclarer, 1 699, soit 72,9 %, venaient de personnes qui ne détenaient pas de NAM. Le dépistage peut être effectué chez une personne qui n'a pas de NAM (réfugié ou immigrant en attente de statut, résidant hors Québec) ou qui n'est pas tenue de fournir un NAM (services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS où l'anonymat peut être utilisé, certains projets de recherche, etc.), mais un cas ne peut être enregistré au programme de surveillance sans cet identifiant. Ces spécimens ont donc été exclus des analyses. 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 ayant fait l'objet d'une collecte de données épidémiologiques.

Depuis le début des activités de surveillance, 4 537 cas ont été répertoriés, soit 2 276 nouveaux diagnostics, 2 018 anciens et 243 impossibles à caractériser. Tous ces cas représentent autant de personnes différentes dont le test VIH a été confirmé positif et qui ont fait l'objet d'une collecte de données. Ce nombre total cumulatif reste en deçà des estimations de la prévalence du VIH produites pour le Québec par l'Agence de la santé publique du Canada, selon lesquelles entre 13 300 et 19 600 personnes avaient le VIH en 2005. 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 2007, 651 cas ont été enregistrés, dont 335 nouveaux diagnostics et 290 anciens. Reste 26 diagnostics dont on ne peut affirmer qu'il s'agit d'anciens ou de nouveaux diagnostics de séropositivité au VIH, en se basant sur les informations fournies par le professionnel ayant prescrit le test (dates et résultats des tests antérieurs). Le nombre de cas nouvellement diagnostiqués en 2007 est de 27 % inférieur à celui de 2006, qui s'élevait à 456. Les données des six premiers mois de 2008 indiquent une remontée; ainsi, en 2008, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH serait semblable au nombre annuel moyen de cas enregistrés au cours de la période 2004 à 2006. Le nombre annuel d'anciens diagnostics déclarés a augmenté de 14 % entre 2006 et 2007 mais diminué de 37 % entre 2003 et 2007. En 2008, le nombre d'anciens diagnostics d'infection par le VIH serait semblable à celui enregistré en 2007. 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 d'anciens cas diagnostiqués diminue dans le temps.

Répartition par sexe et par âge

En 2007, les hommes représentent 79 % 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. Comparativement à 2006, on enregistre moins de nouveaux cas de séropositivité au VIH chez les deux sexes en 2007. Le nombre de nouveaux diagnostics a diminué de 25 % chez les hommes et de 31 % chez les femmes.

L'âge médian des cas nouvellement diagnostiqués est de 38 ans chez les femmes et de 42 ans chez les hommes. En 2007, chez les hommes, les 30 à 49 ans constituent 63 % des nouveaux diagnostics, alors que 6 % 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 62 % des nouveaux diagnostics, alors que 9 % des nouveaux diagnostics ont été établis chez des femmes âgées entre 15 et 24 ans.

Distribution géographique

En 2007, les deux tiers (64 %) des cas déclarés viennent de la région de Montréal, 8,9 % de la Montérégie et 6,3 % de la Capitale-Nationale. Les régions de la Mauricie et Centre-du-Québec, de l'Outaouais, de Laval, de Lanaudière et des Laurentides ont déclaré chacune entre 1 % et 4 % 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 proportions sont les mêmes pour les nouveaux diagnostics.

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 46 % de l'ensemble des cas et 54 % des nouveaux diagnostics depuis le début du programme (respectivement 50 % et 57 % des cas, si l'on compte les HARSAH qui sont également des UDI).

En 2007, 205 HARSAH ont été nouvellement diagnostiqués (61 % des personnes nouvellement diagnostiquées en 2007), soit une baisse de 21 % par rapport à 2006. Le nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH déclarés chez les HARSAH avait augmenté de 32 % entre 2004 et 2006. Les HARSAH représentent 66 % des cas masculins nouvellement diagnostiqués en 2007, contre 59 % en 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 15 % 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 2007, 42 personnes originaires d'un pays endémique ont été nouvellement diagnostiquées (13 % des nouveaux diagnostics de 2007), contre 65 en 2006. La situation avait été plutôt constante entre 2003 et 2006. En 2007, les femmes représentent 46 % de l'ensemble des diagnostics et 45 % des nouveaux diagnostics établis chez des personnes originaires d'un pays endémique.

- Les **UDI** constituent 18 % de l'ensemble des cas et 11 % des nouveaux diagnostics depuis le début du programme (respectivement 22 % et 14 % des cas si l'on compte les UDI qui sont également des HARSAH).

En 2007, 28 UDI ont été nouvellement diagnostiqués (8 % des nouvelles infections de 2007), contre 65 en 2006. Le nombre et la proportion de nouveaux diagnostics parmi les UDI avaient relativement peu varié entre 2004 et 2006.

- Les **contacts hétérosexuels à risque** (avec une personne infectée par le VIH, un travailleur ou une travailleuse du sexe, un HARSAH, un ou une UDI, une personne originaire d'un pays endémique, etc.) et les contacts hétérosexuels sans aucun risque identifié représentent respectivement 4,5 % et 8,9 % de l'ensemble des cas (5,2 % et 9,8 % des nouveaux diagnostics) répertoriés 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, 38 cas, soit 0,8 % de l'ensemble des cas et 0,8 % 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). En 2007, les cas de transmission mère-enfant de même que les cas d'infection par des dons de sang ou de facteurs de coagulation sont rares. Aucun nouveau diagnostic n'est déclaré dans ces deux catégories d'exposition. On enregistre sept anciens diagnostics reliés à des dons de sang ; ces cas ont pu être infectés avant la mise en place des mesures de sécurité transfusionnelle au Québec. On enregistre aussi quatre anciens cas de transmission verticale, dont deux d'origine non canadienne infectés à leur naissance à l'extérieur du pays, tandis que les deux autres ont été infectés à leur naissance au pays avant l'implantation du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse visant la prévention du passage du VIH de la mère à l'enfant (ils étaient âgés de plus de 16 ans au moment du prélèvement du spécimen positif qui a mené à leur déclaration au programme de surveillance).

La principale catégorie d'exposition chez les femmes est celle des sujets originaires d'un pays endémique (44 % de l'ensemble des cas diagnostiqués depuis le début du programme), suivie des UDI (20 %), des contacts hétérosexuels à risque (16,7 %) et des contacts hétérosexuels sans aucun risque identifié (16,3 %).

La moitié (52,5 %) des personnes nouvellement diagnostiquées en 2007 n'avait jamais eu de dépistage du VIH auparavant. Cette proportion de personnes infectées qui ignoraient leur séropositivité est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. On constate toutefois une proportion croissante de personnes nouvellement diagnostiquées qui ont eu un test négatif dans le passé. Cette proportion est passée de 26 % en 2003 (première année complète du programme) à 48 % en 2007.

Parmi les cas nouvellement diagnostiqués de 2002 à 2007 qui avaient des résultats négatifs à un dépistage antérieur, 741 (soit 665 hommes et 76 femmes) ont précisé la date du dernier test négatif. Un tiers (32,5 %) d'entre eux ont été infectés dans l'année suivant le test négatif rapporté, et 24,3 % ont eu leur premier diagnostic positif dans la deuxième année, ce qui donne un taux de séroconversion de 56,8 % après deux années (58,1 % chez les hommes, pour un nombre de 386, et 46,1 % chez les femmes, pour un nombre de 35).

Le recours aux services de dépistage du VIH est souvent tardif. Tout comme on le constate depuis 2003, plus du quart des cas nouvellement diagnostiqués en 2007 présentent des signes et symptômes compatibles avec une infection chronique par le VIH (14 %) ou ont atteint le stade du sida (15 %).

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 VIH au sein de populations particulières sont présentés à l'annexe 4.

Population	Période de collecte	Prévalence VIH (%)	Incidence VIH (personnes-années)
UDI	1995-2007	14,5	3,1
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 chez les UDI et les HARSAH : de 14,5 % pour les UDI (23 % chez ceux âgés de 40 ans ou plus) et de 12,5 % pour les HARSAH (20 % chez les 40-50 ans). La prévalence brute du VIH est de 6,5 % parmi les UDI recrutés dans les programmes implantés dans des régions semi-urbaines, et de 15,5 % parmi les UDI recrutés dans les programmes en régions urbaines. Le taux d'incidence chez les UDI est de 3,1 par 100 personnes-années, ce qui signifie que chaque année, 3,1 % des UDI non infectés contractent le VIH.

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 2007, 618 femmes enceintes réparties sur l'ensemble du territoire québécois ont été suivies par le Centre Maternel et Infantile sur le sida (CMIS) du CHU Sainte-Justine ou de façon conjointe avec les équipes d'autres centres médicaux. Plus de la moitié (59 %) d'entre elles connaissaient leur condition avant la grossesse, 36 % ont été dépistées pendant leur grossesse et 4,7 % après leur grossesse ; ces dernières (29 femmes) n'ont donc pas eu accès aux traitements préventifs, elles ont donné naissance à un total de 10 enfants infectés par le VIH. En 2007, une femme a appris son diagnostic en post-partum. Depuis le début du programme, une seule femme infectée et traitée durant la grossesse a transmis le VIH (en 2006).

Les femmes suivies par le CMIS depuis le début du programme se répartissent dans les principales catégories d'exposition¹ suivantes : origine dans un pays où l'infection est endémique (63 % ; parmi les femmes originaires d'un pays où l'infection est endémique, on note une augmentation continue du nombre de femmes africaines, la majorité d'entre elles sont des nouvelles arrivantes ayant un statut de réfugiée), relations hétérosexuelles non protégées sans autre facteur de risque (23 %) et utilisation de drogues par injection (10 %). Le Programme a suivi un total de cinq femmes enceintes qui avaient été infectées par leur mère (transmission verticale). En 2007, 17 % (12/71) des femmes suivies étaient caucasiennes.

1. Les catégories sont mutuellement exclusives. En revanche, si une femme cumule les facteurs « UDI » et « originaire d'un pays endémique », elle est classée dans la catégorie « UDI » étant donné que les personnes originaires d'un pays endémique peuvent être infectées par différentes voies, ce qui rend ce facteur trop général.

Infection par le VIH : nombre de cas selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2007

	Année du prélèvement						Total
	2002 ¹	2003	2004	2005	2006	2007	
Anciens diagnostics							
Sexe masculin	277	339	267	229	198	215	1 525
Sexe féminin	83	117	80	80	55	75	490
Transsexuel	0	1	0	0	1	0	2
Non précisé	0	0	0	1	0	0	1
Sous-total	360	457	347	310	254	290	2 018
Nouveaux diagnostics							
Sexe masculin	183	355	305	337	374	279	1 833
Sexe féminin	47	88	87	83	81	56	442
Transsexuel	0	0	0	0	1	0	1
Non précisé	0	0	0	0	0	0	0
Sous-total	230	443	392	420	456	335	2 276
Diagnostics impossibles à caractériser							
Sexe masculin	55	33	48	8	12	22	178
Sexe féminin	26	13	14	5	3	4	65
Transsexuel	0	0	0	0	0	0	0
Non précisé	0	0	0	0	0	0	0
Sous-total	81	46	62	13	15	26	243
Total	671	946	801	743	725	651	4 537

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH, INSPQ, octobre 2008.

1. En 2002, le nombre de spécimens prélevés ne couvre qu'une période de huit mois et demi en raison de l'entrée en vigueur du système en avril 2002.

Infection par le VIH : nombre et proportion des cas selon la catégorie principale d'exposition et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2007

Catégorie d'exposition	Année du prélèvement												Total	
	2002 ¹		2003		2004		2005		2006		2007			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HARSAH	270	40,2	415	43,9	364	45,4	352	47,4	359	49,6	340	52,2	2 100	46,3
HARSAH et UDI	26	3,9	39	4,1	38	4,7	28	3,8	33	4,6	19	2,9	183	4,0
UDI	164	24,4	211	22,3	133	16,6	114	15,3	113	15,6	83	12,8	818	18,0
Originaire d'un pays endémique	109	16,2	147	15,5	130	16,2	124	16,7	105	14,5	95	14,6	710	15,7
Contact hétérosexuel à risque	30	4,5	42	4,4	37	4,6	37	5,0	33	4,6	26	4,0	205	4,5
Receveur de facteurs de coagulation	4	0,6	3	0,3	1	0,1	2	0,3	4	0,6	5	0,8	19	0,4
Receveur de produits sanguins	5	0,8	2	0,2	5	0,6	5	0,7	3	0,4	2	0,3	22	0,5
Aucun risque identifié – contact hétérosexuel	52	7,8	71	7,5	77	9,6	61	8,2	69	9,5	73	11,2	403	8,9
Aucun risque identifié	6	0,9	13	1,4	9	1,1	6	0,8	0	0,0	4	0,6	38	0,8
Transmission mère-enfant	5	0,8	3	0,3	7	0,9	14	1,9	5	0,7	4	0,6	38	0,8
Total²	671	100,0	946	100,0	801	100,0	743	100,0	724	100,0	651	100,0	4 536	100,0

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH, INSPQ, octobre 2008.

Notes :

1. En 2002, le nombre de spécimens prélevés ne couvre qu'une période de huit mois et demi en raison de l'entrée en vigueur du système en avril 2002.
2. Ce total exclut un cas dont la catégorie d'exposition n'est pas précisée pour l'année 2006.

Infection par le VIH : nombre et proportion de nouveaux diagnostics selon la catégorie principale d'exposition et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2007

Catégorie d'exposition	Année du prélèvement												Total	
	2002 ¹		2003		2004		2005		2006		2007			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HARSAH	115	50,0	223	50,3	194	49,5	234	55,7	258	56,7	205	61,2	1 229	54,0
HARSAH et UDI	2	0,9	18	4,1	14	3,6	9	2,1	14	3,1	8	2,4	65	2,9
UDI	30	13,0	70	15,8	40	10,2	40	9,5	41	9,0	28	8,4	249	11,0
Originaire d'un pays endémique	39	17,0	70	15,8	71	18,1	63	15,0	65	14,3	42	12,5	350	15,4
Contact hétérosexuel à risque	15	6,5	22	5,0	20	5,1	23	5,5	27	5,9	11	3,3	118	5,2
Receveur de facteurs de coagulation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,0
Receveur de produits sanguins	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	2	0,4	0	0,0	3	0,1
Aucun risque identifié – contact hétérosexuel	23	10,0	33	7,5	43	11,0	39	9,3	45	9,9	39	11,6	222	9,8
Aucun risque identifié	2	0,9	5	1,1	5	1,3	5	1,2	0	0,0	2	0,6	19	0,8
Transmission mère-enfant	4	1,7	2	0,5	4	1,0	7	1,7	2	0,4	0	0,0	19	0,8
Total²	230	100,0	443	100,0	392	100,0	420	100,0	455	100,0	335	100,0	2 275	100,0

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH, INSPQ, octobre 2008.

Notes :

1. En 2002, le nombre de spécimens prélevés ne couvre qu'une période de huit mois et demi en raison de l'entrée en vigueur du système en avril 2002.
2. Ce total exclut un cas dont la catégorie d'exposition n'est pas précisée pour l'année 2006.

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 atteintes du 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 de la santé publique du Canada (ASPC) 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, qui reflètent 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'ASPC, 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 représentent 19 % de l'ensemble des cas existants, plus précisément 31 % des cas UDI et 54 % des cas hétérosexuels/pays endémique et pays non endémique combinés.

Incidence

Toujours selon l'ASPC, 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'exposition¹, 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 : Agence de la santé publique du Canada, 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'exposition¹, 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 : Agence de la santé publique du Canada, communication personnelle de C. Archibald, octobre 2006.

1. 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'exposition¹, 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 : Agence de la santé publique du Canada, 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'exposition¹, 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 %

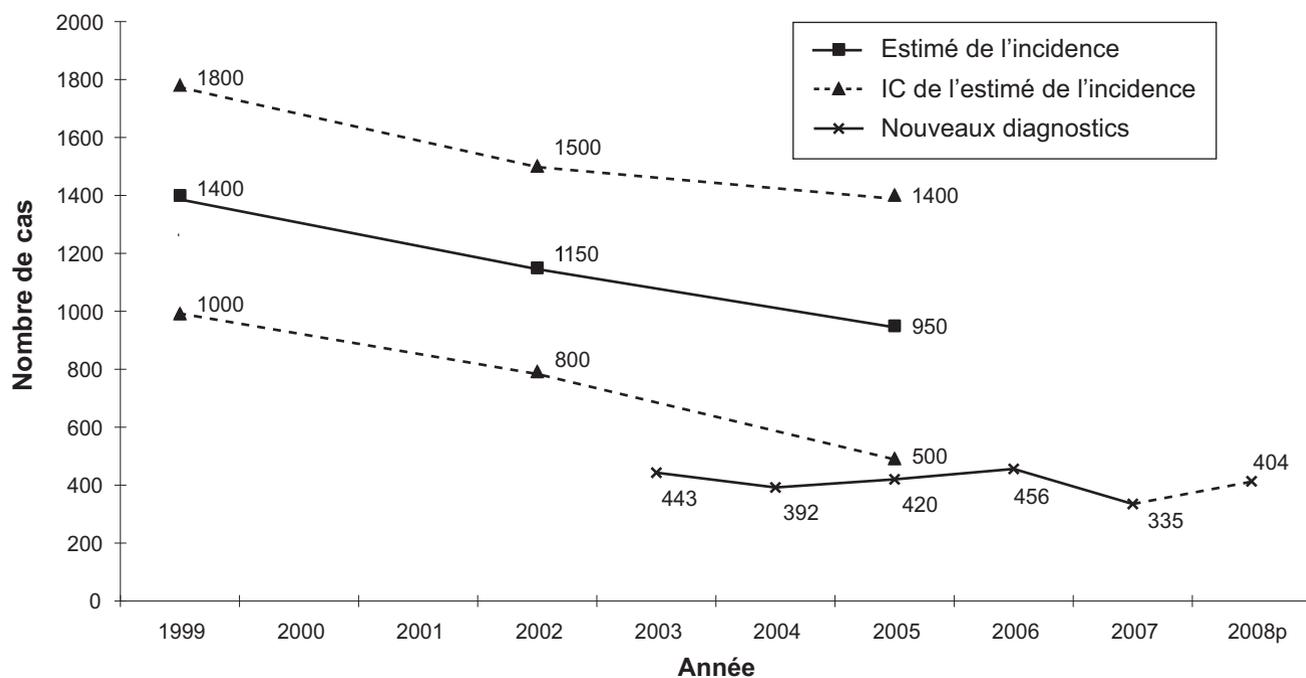
Les estimations ponctuelles et les étendues d'incertitude associées sont arrondies

Source : Agence de la santé publique du Canada, communication personnelle de C. Archibald, octobre 2006.

1. 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.

Infection par le VIH : estimation de l'incidence et nombre de nouveaux diagnostics, Québec, 1999 à 2008p



Sources :

- Agence de la santé publique du Canada. Estimations de l'incidence de l'infection au VIH et étendues d'incertitude associées, Province de Québec, 2005. Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, communication personnelle de C. Archibald, octobre 2006.
- Programme de surveillance du VIH au Québec, INSPQ, octobre 2008.

Pour 2008, il s'agit du nombre de nouveaux diagnostics projeté à partir du nombre de nouveaux diagnostics enregistrés entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2008.

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 datent de 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.

Les femmes représentent 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.

La proportion des cas de sida déclarés entre 1979 et le 30 juin 2004 par catégorie d'exposition et par période de diagnostic, chez les hommes et chez les femmes, est présentée dans le *Portrait des ITSS au Québec année 2006 (et projections 2007)*.

Cas masculins. 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 a cependant remonté 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.

Cas féminins. 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 masculins ou féminins 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, hommes, Québec

Catégorie d'exposition	Période de diagnostic				
	1979-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2001	2002-2004 ¹
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.

1. Les six premiers mois de 2004.

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 ¹
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.

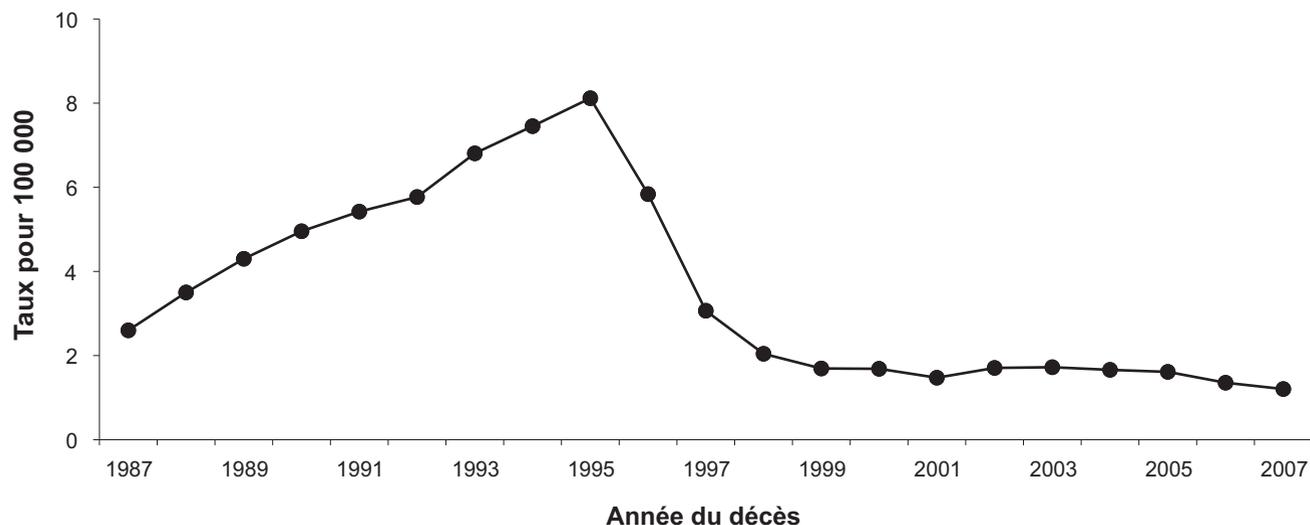
1. Les six premiers mois de 2004.

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

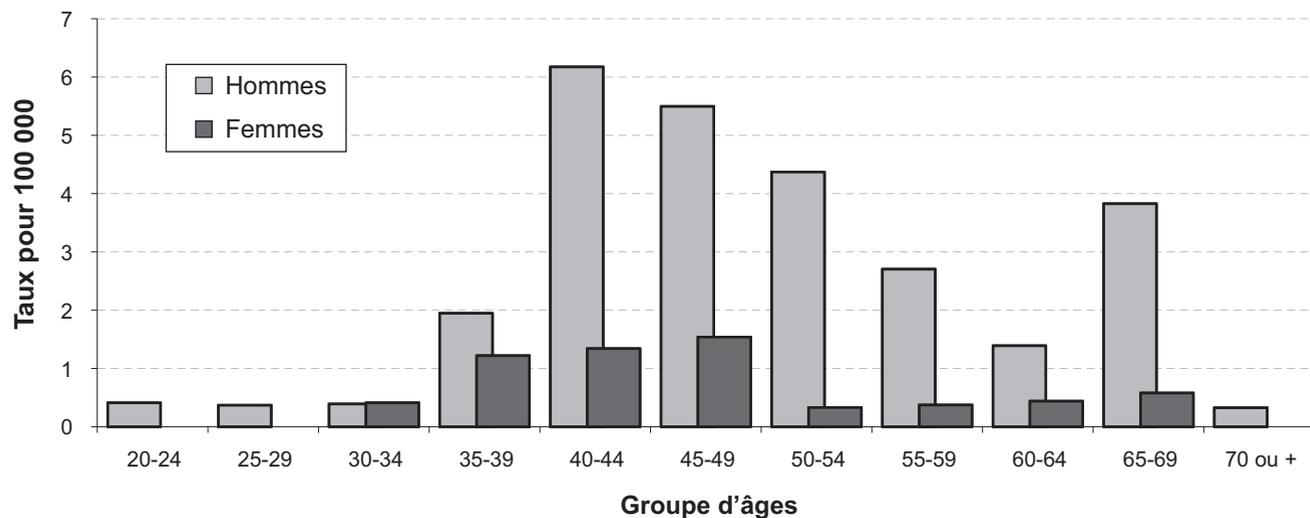
4. Mortalité due au sida

Au Québec, entre 1983 et 2007, 5 523 décès ont été associés au sida. À compter de 1987, le taux de mortalité associé au sida a commencé à augmenter de façon dramatique, pour atteindre un sommet en 1995. C'est en effet cette année-là qu'on enregistre le plus grand nombre de décès par sida au Québec, soit 586, dont 90 % chez des hommes. Le taux de mortalité 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. En 2007, le taux s'établit à 1,2 par 100 000, soit 92 décès, dont 82 % chez des hommes. Parmi les hommes décédés, 32 % étaient âgés entre 35 et 44 ans et 41 % entre 45 et 54 ans. Le nombre de décès associés au sida était de plus de 100 par année depuis 1986.

Taux brut de mortalité par sida, Québec, 1987 à 2007



Taux de mortalité par sida selon l'âge et le sexe, Québec, 2007



Source : Registre des décès au 2 juillet 2008. Données obtenues de l'Institut de la statistique du Québec (données provisoires pour 2005 à 2007).

SOURCES DES DONNÉES

ADRIEN A., D. BOULOS, P. LECLERC, J. JEAN-GILLES, C. TREMBLAY et G. JOSEPH. « Trends in condom use with an occasional partner among Haitian migrants in Quebec, Canada (1994-2007) », Communication par affiche présentée au 17^e Congrès international sur le sida, Mexico, août 2008.

ADRIEN, A., V. LEAUNE et D. AUGER. *Enquête sociale et de santé 1998, chapitre 9, Comportements sexuels et utilisation du condom*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000.

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.

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*, 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.msss.gouv.qc.ca/itss>].

ALLARD, P.R., R. PARENT et coll. *Facteurs de risque VHC: analyse des enquêtes épidémiologiques faites lors de la déclaration des cas d'hépatite C au Québec, avril 2002 à mars 2004*. Institut national de santé publique du Québec, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, mars 2008. [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca>].

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, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, 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, Relevé des maladies transmissibles au Canada, vol. 32, n° 15, 2005.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Le VIH et le sida au Canada, rapport de surveillance en date du 31 décembre 2007*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publications>].

AUGER, N., et G. LÉGARÉ. *Enquête de santé auprès des Cris 2003, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Cycle 2.1. Iiyiyiu Aschii*, Institut national de santé publique du Québec, 2008, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca>].

BITERA, R., M. ALARY, M. FAUVEL, R. PARENT et coll. *Programme de surveillance de l'infection (PSI) par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Cas cumulatifs 2002-2007*, 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, 2008, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca>].

BITERA, R., M. ALARY, M. FAUVEL, R. PARENT et coll. *Programme de surveillance de l'infection (PSI) par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Mise à jour des données au 30 juin 2008*, 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, Données provisoires, communication personnelle, novembre 2008.

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 St-Luc entre 1992 et 2004 (VIH) et entre le 1^{er} novembre 2004 et le 2 octobre 2007 (VHC)*, Communication personnelle, octobre 2007.

DUBÉ, E., B. DUVAL, V. GILCA et P. GOGGIN. *Prévention par la vaccination des maladies attribuables aux virus du papillome humain au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, 2007. [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca>].

GAUDREAU, C., A. BRUNEAU et J. ISMAÏL. « Écllosion d'entérocolites à *Shigella flexneri* et à *Shigella sonnei* chez des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes au Québec de 1999 à 2001 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 31, n° 8, p. 85-90.

HALEY, N., E. ROY, P. LECLERC, G. LAMBERT et coll. « 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.

HANNAH, H. et coll. *Bilan des éclosions d'infections à Shigella sonnei. Montréal et au Québec, du 5 août 2007 au 26 janvier 2008*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2008.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Décès causés par le sida, Données provisoires au 2 juillet 2008*, Québec, Institut de la statistique du Québec, juillet 2008.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Rapport du Programme de surveillance du sida du Québec. Cas cumulatifs 1979-2004, mise à jour au 30 juin 2004*, Québec, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca>].

JETTÉ, L. et coll. *Présence de souches de Neisseria gonorrhoeae non productrices de proline iminopeptidase dans la province de Québec*, Institut national de santé publique du Québec, Laboratoire de santé publique du Québec, communication personnelle, octobre 2008.

JETTÉ, L., B. LEFEBVRE et A.M. BOURGAULT. *Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec. Rapport 2007*, Laboratoire de santé publique du Québec, avril 2008, [En ligne]. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/779_SurveillanceGonocoque_07.pdf].

LAMBERT, G., E. LACOMBE, L.R. FRIGAULT, C. TREMBLAY et F. TREMBLAY. *Je passe le test, enquête sur la santé sexuelle et offre de dépistage de la chlamydirose sur prélèvement urinaire auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal*, Rapport préliminaire, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, septembre 2008.

LAMBERT, G., et C. TREMBLAY. *Vigie intensifiée de la lymphogranulomatose vénérienne à Montréal, cas déclarés entre janvier 2003 et août 2008*, Analyses périodiques des données du fichier DCIMI, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, septembre 2008.

LAMBERT, G., et C. TREMBLAY. *Vigie intensifiée de la syphilis infectieuse à Montréal, cas déclarés entre septembre 2000 et août 2008*, Analyses périodiques des données du fichier DCIMI, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, septembre 2008.

LAMBERT, G., J. COX, L.R. FRIGAULT, C. TREMBLAY et coll. « *Herpes simplex virus (HSV) infection in men who have sex with men (MSM) in Montreal, results from the ARGUS 2005 study* ». Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Institut national de santé publique du Québec et Agence de santé publique du Canada, communication orale présentée à la 17^e conférence annuelle canadienne sur la recherche contre le VIH et le SIDA, Montréal, avril 2008.

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)*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé publique du Canada, octobre 2007 [En ligne]. [<http://www.argusquebec.ca/resultats/SommaireArgus2005.pdf>].

LAPOINTE, N., J. SAMSON et M. BOUCHER. *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, 2007 version amendée*, Montréal, Centre maternel et infantile sur le sida, CHU Sainte-Justine, 2008.

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

MURPHY, D., et coll. *Présence d'un nouveau variant de Chlamydia trachomatis dans la province de Québec*, Institut national de santé publique du Québec, Laboratoire de santé publique du Québec, communication personnelle, octobre 2008.

PARENT, R., S. VENNE, G. LAMBERT, P.R. ALLARD 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 du ministère de la Santé et des Services sociaux, mai 2006.

PARENT, R., M. ALARY, C. MORISSETTE, E. ROY, P. LECLERC et coll. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection, réseau I-Track-SurvUDI, Épidémiologie du VIH de 1995 à 2007, Épidémiologie du VHC de 2003 à 2007*, Institut national de santé publique du Québec, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca>].

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, 2004, p. A54.

ROTERMANN, M. *Tendances du comportement sexuel et de l'utilisation du condom à l'adolescence*, Rapports sur la santé, vol 19, n° 3, septembre 2008, Statistiques Canada, n° 82-003-XPF au catalogue.

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 la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, octobre 2005.

SERHIR B., et coll. *Nouveaux cas de trépanomatoses confirmés au Laboratoire de santé publique du Québec, 2004 – juin 2008*, Institut national de santé publique du Québec, Laboratoire de santé publique du Québec, communication personnelle, juin 2008.

ANNEXE 1

NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE DE CERTAINES ITSS SELON L'ÂGE ET LE SEXE, QUÉBEC, 2007

Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS selon l'âge, hommes, Québec, 2007

Âge	Chlamydirose génitale		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ²		Hépatite B ³		Hépatite C ⁴		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁵	Tx ⁶
< 1 an	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0
1-9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,1	1	0,3	0	0,0
10-14	3	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0	0	0,0
15-19	528	212,5	96	38,6	0	0,0	5	2,0	11	4,4	12	4,8	1	0,4
20-24	1 430	586,4	209	85,7	0	0,0	11	4,5	30	12,3	42	17,2	16	6,6
25-29	950	349,9	182	67,0	2	0,7	20	7,4	48	17,7	87	32,0	23	8,5
30-34	510	198,8	127	49,5	0	0,0	21	8,2	92	35,9	82	32,0	41	16,0
35-39	255	99,2	102	39,7	1	0,4	38	14,8	109	42,4	143	55,7	44	17,1
40-44	185	60,1	120	39,0	2	0,6	48	15,6	63	20,5	239	77,7	52	16,9
45-49	106	32,4	69	21,1	3	0,9	44	13,4	62	18,9	244	74,5	39	11,9
50-54	69	23,2	31	10,4	0	0,0	27	9,1	43	14,5	170	57,1	23	7,7
55-64	52	11,0	36	7,6	1	0,2	19	4,0	82	17,3	138	29,1	32	6,7
65 ou +	5	1,1	8	1,7	0	0,0	3	0,6	39	8,4	52	11,2	8	1,7
Inconnu	7		8		0		1		0		3		0	
Total	4 101	108,7	988	26,2	9	0,2	237	6,3	586	15,5	1 213	32,2	279	7,4

Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO).

Notes :

1. Taux exprimé pour 100 000 personnes-années.
2. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).
3. Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, porteur chronique et non précisée).
4. Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).
5. Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif).
Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2008.
6. Pour le VIH, le taux est une estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS selon l'âge, femmes, Québec, 2007

Âge	Chlamydirose génitale		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ²		Hépatite B ³		Hépatite C ⁴		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁵	Tx
< 1 an	1	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,8	4	11,1	0	0,0
1-9	4	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0
10-14	91	40,8	6	2,7	0	0,0	0	0,0	3	1,3	1	0,4	0	0,0
15-19	3 402	1 432,4	162	68,2	0	0,0	0	0,0	14	5,9	15	6,3	2	0,8
20-24	3 346	1 444,0	113	48,8	0	0,0	2	0,9	38	16,4	34	14,7	3	1,3
25-29	1 413	548,2	55	21,3	0	0,0	1	0,4	55	21,3	48	18,6	6	2,3
30-34	538	220,8	36	14,8	0	0,0	2	0,8	61	25,0	67	27,5	11	4,5
35-39	283	115,0	20	8,1	0	0,0	0	0,0	61	24,8	52	21,1	13	5,3
40-44	120	40,2	12	4,0	0	0,0	0	0,0	24	8,0	102	34,2	5	1,7
45-49	46	14,1	6	1,8	0	0,0	0	0,0	25	7,7	99	30,5	6	1,8
50-54	26	8,6	4	1,3	0	0,0	1	0,3	33	10,9	72	23,7	3	1,0
55-64	23	4,6	1	0,2	0	0,0	1	0,2	47	9,5	57	11,5	6	1,2
65 ou +	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	33	5,2	61	9,6	1	0,2
Inconnu	17		2		0		0		0		2		0	
Total	9 310	240,8	418	10,8	0	0,0	7	0,2	396	10,2	614	15,9	56	1,4

Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO).

Notes :

1. Taux exprimé pour 100 000 personnes-années.
2. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an)
3. Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, porteur chronique et non précisée).
4. Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).
5. Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif).
Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2008.
6. Pour le VIH, le taux est une estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS selon l'âge, sexes réunis, Québec, 2007

Âge	Chlamydirose génitale		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ²		Hépatite B ³		Hépatite C ⁴		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁵	Tx ⁶
< 1 an	2	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,7	4	5,4	0	0,0
1-9	4	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,7	1	0,1	0	0,0
10-14	95	20,8	6	1,3	0	0,0	0	0,0	5	1,1	1	0,2	0	0,0
15-19	3 931	808,9	258	53,1	0	0,0	5	1,0	25	5,1	27	5,6	3	0,6
20-24	4 785	1 006,1	322	67,7	0	0,0	13	2,7	68	14,3	77	16,2	19	4,0
25-29	2 366	447,0	237	44,8	2	0,4	21	4,0	103	19,5	135	25,5	29	5,5
30-34	1 050	209,9	163	32,6	0	0,0	23	4,6	154	30,8	150	30,0	52	10,4
35-39	539	107,1	123	24,5	1	0,2	38	7,6	171	34,0	196	39,0	57	11,3
40-44	306	50,5	132	21,8	2	0,3	48	7,9	87	14,4	344	56,7	57	9,4
45-49	153	23,4	75	11,5	3	0,5	44	6,7	87	13,3	344	52,7	45	6,9
50-54	95	15,8	35	5,8	0	0,0	28	4,7	77	12,8	242	40,3	26	4,3
55-64	75	7,7	37	3,8	1	0,1	20	2,1	132	13,6	195	20,1	38	3,9
65 ou +	5	0,5	9	0,8	0	0,0	3	0,3	74	6,7	114	10,4	9	0,8
Inconnu	61		10		0		1		5		25		0	
Total⁷	13 467	176,3	1 407	18,4	9	0,1	244	3,2	995	13,0	1 855	24,3	335	4,4

Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO).

Notes :

1. Taux exprimé pour 100 000 personnes-années.
2. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).
3. Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, porteur chronique et non précisée).
4. Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).
5. Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif).
Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2008.
6. Pour le VIH, le taux est une estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.
7. Comprend les cas féminins, masculins et de sexe inconnu.

ANNEXE 2

NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE DE CERTAINES ITSS SELON LA RÉGION, QUÉBEC, 2003 À 2008p

Chlamydie génitale : nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ selon la région, Québec, 2003 à 2008p²

Région	2003		2004		2005		2006		2007		2008p ²	
	N	Tx	N	Tx								
Bas-Saint-Laurent	293	144,5	256	126,7	303	150,6	251	125,2	210	105,2	224	112,7
Saguenay-Lac-Saint-Jean	412	147,7	447	161,3	387	140,5	390	142,2	412	150,8	368	135,1
Capitale-Nationale	1 252	189,5	1 275	192,0	1 230	184,4	1 266	189,1	1 209	180,2	1 281	190,6
Mauricie et Centre-du-Québec	891	184,2	1 052	217,3	1 028	212,3	1 015	209,5	975	201,2	961	198,4
Estrie	574	193,7	594	198,8	571	189,7	482	159,1	508	166,8	600	195,9
Montréal	3 456	185,2	3 234	172,7	3 350	177,9	3 514	185,5	3 756	196,7	4 117	214,0
Outaouais	495	148,4	560	165,6	588	171,8	586	169,6	706	202,8	791	225,7
Abitibi-Témiscamingue	304	208,1	305	210,6	332	230,8	314	219,6	340	238,9	295	208,4
Côte-Nord	276	283,3	329	341,2	316	330,7	259	273,2	305	323,8	257	274,8
Nord-du-Québec	35	218,9	40	255,2	39	254,2	30	200,0	29	198,0	16	115,3
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	115	118,5	132	137,1	108	113,1	110	116,2	99	105,5	106	113,4
Chaudière-Appalaches	368	93,7	427	108,5	418	106,0	395	100,0	352	89,0	323	81,6
Laval	510	142,3	583	160,9	596	163,0	603	163,6	653	176,0	691	185,0
Lanaudière	509	125,1	548	133,1	580	139,5	684	163,2	672	159,3	821	193,4
Laurentides	866	176,8	935	187,7	876	173,2	859	167,6	922	177,9	1 029	196,3
Montérégie	1 486	111,2	1 665	123,6	1 522	112,2	1 603	117,5	1 826	133,2	2 033	147,6
Nunavik	294	2 906,9	283	2 762,1	267	2 573,5	270	2 572,2	283	2 666,0	295	2 750,1
Terres-Cries-de-la-Baie-James	149	1 103,9	183	1 332,0	188	1 348,1	206	1 459,1	206	1 445,2	218	1 513,8
Région non précisée	10		15		4		7		4		0	
Province de Québec	12 295	164,2	12 863	170,9	12 703	167,9	12 844	168,9	13 467	176,3	14 426	188,0

Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO).

Notes :

1. Taux exprimé pour 100 000 personnes-années.
2. Pour 2008, le nombre de cas est une projection du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).

Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ selon la région, Québec, 2003 à 2008p²

Région	2003		2004		2005		2006		2007		2008p ²	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Bas-Saint-Laurent	1	0,5	2	1,0	3	1,5	5	2,5	3	1,5	5	2,5
Saguenay–Lac-Saint-Jean	10	3,6	6	2,2	2	0,7	9	3,3	6	2,2	25	9,1
Capitale-Nationale	51	7,7	33	5,0	47	7,0	58	8,7	84	12,5	109	16,2
Mauricie et Centre-du-Québec	18	3,7	12	2,5	20	4,1	32	6,6	27	5,6	40	8,2
Estrie	18	6,1	9	3,0	10	3,3	12	4,0	13	4,3	7	2,2
Montréal	505	27,1	549	29,3	554	29,4	742	39,2	837	43,8	816	42,4
Outaouais	33	9,9	43	12,7	35	10,2	33	9,6	36	10,3	51	14,6
Abitibi-Témiscamingue	10	6,8	3	2,1	4	2,8	9	6,3	6	4,2	7	4,7
Côte-Nord	2	2,1	6	6,2	1	1,0	0	0,0	5	5,3	8	8,8
Nord-du-Québec	3	18,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,5
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	2	2,1	0	0,0
Chaudière-Appalaches	7	1,8	6	1,5	9	2,3	11	2,8	16	4,0	18	4,6
Laval	35	9,8	21	5,8	45	12,3	51	13,8	80	21,6	81	21,6
Lanaudière	22	5,4	15	3,6	20	4,8	44	10,5	45	10,7	43	10,1
Laurentides	28	5,7	24	4,8	18	3,6	54	10,5	41	7,9	35	6,6
Montérégie	91	6,8	68	5,0	94	6,9	133	9,7	135	9,8	168	12,2
Nunavik	44	435,0	16	156,2	27	260,2	61	581,1	60	565,2	186	1 736,1
Terres-Cries-de-la-Baie-James	6	44,5	13	94,6	12	86,0	20	141,7	11	77,2	25	172,0
Région non précisée	0		0		0		1		0		2	
Province de Québec	884	11,8	826	11,0	901	11,9	1 276	16,8	1 407	18,4	1 626	21,2

Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO).

Notes :

1. Taux exprimé pour 100 000 personnes-années.
2. Pour 2008, le nombre de cas est une projection du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).

Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée): nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ selon la région, Québec, 2003 à 2008p²

Région	2003		2004		2005		2006		2007		2008p ²	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Bas-Saint-Laurent	4	2,0	14	6,9	5	2,5	7	3,5	0	0,0	16	8,3
Saguenay-Lac-Saint-Jean	13	4,7	17	6,1	7	2,5	7	2,6	9	3,3	5	1,8
Capitale-Nationale	64	9,7	70	10,5	61	9,1	47	7,0	42	6,3	56	8,3
Mauricie et Centre-du-Québec	19	3,9	19	3,9	20	4,1	17	3,5	25	5,2	15	3,1
Estrie	29	9,8	17	5,7	19	6,3	25	8,3	26	8,5	15	4,8
Montréal	737	39,5	740	39,5	705	37,4	664	35,0	636	33,3	635	33,0
Outaouais	32	9,6	22	6,5	48	14,0	31	9,0	35	10,1	53	15,0
Abitibi-Témiscamingue	4	2,7	8	5,5	7	4,9	2	1,4	6	4,2	3	2,3
Côte-Nord	3	3,1	6	6,2	5	5,2	3	3,2	0	0,0	3	3,5
Nord-du-Québec	0	0,0	2	12,8	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	6	6,2	5	5,2	2	2,1	2	2,1	5	5,3	5	5,3
Chaudière-Appalaches	13	3,3	14	3,6	8	2,0	12	3,0	9	2,3	8	2,1
Laval	47	13,1	59	16,3	35	9,6	51	13,8	52	14,0	25	6,6
Lanaudière	18	4,4	14	3,4	9	2,2	10	2,4	12	2,8	13	3,1
Laurentides	31	6,3	24	4,8	18	3,6	29	5,7	21	4,1	31	6,0
Montérégie	101	7,6	132	9,8	115	8,5	122	8,9	115	8,4	122	8,9
Nunavik	3	29,7	2	19,5	0	0,0	1	9,5	0	0,0	2	15,4
Terres-Cries-de-la-Baie-James	2	14,8	2	14,6	0	0,0	3	21,2	1	7,0	2	11,5
Région non précisée	0		0		1		0		1		0	
Province de Québec	1 126	15,0	1 167	15,5	1 065	14,1	1 034	13,6	995	13,0	1 009	13,2

Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO).

Notes :

1. Taux exprimé pour 100 000 personnes-années.
2. Pour 2008, le nombre de cas est une projection du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).

Hépatite C (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ selon la région, Québec, 2003 à 2008p²

Région	2003		2004		2005		2006		2007		2008p ²	
	N	Tx	N	Tx								
Bas-Saint-Laurent	27	13,3	18	8,9	14	7,0	10	5,0	21	10,5	13	6,6
Saguenay–Lac-Saint-Jean	28	10,0	27	9,7	27	9,8	24	8,8	22	8,1	26	9,7
Capitale-Nationale	158	23,9	175	26,3	165	24,7	145	21,7	115	17,1	152	22,6
Mauricie et Centre-du-Québec	111	23,0	124	25,6	112	23,1	140	28,9	101	20,8	107	22,1
Estrie	79	26,7	76	25,4	75	24,9	74	24,4	77	25,3	82	26,9
Montréal	927	49,7	1 294	69,1	1 149	61,0	969	51,1	823	43,1	823	42,8
Outaouais	117	35,1	107	31,6	93	27,2	96	27,8	77	22,1	89	25,4
Abitibi-Témiscamingue	37	25,3	51	35,2	36	25,0	42	29,4	38	26,7	41	29,1
Côte-Nord	12	12,3	24	24,9	10	10,5	17	17,9	9	9,6	13	14,1
Nord-du-Québec	2	12,5	3	19,1	1	6,5	2	13,3	0	0,0	0	0,0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	12	12,4	15	15,6	11	11,5	13	13,7	10	10,7	18	19,5
Chaudière-Appalaches	44	11,2	37	9,4	55	13,9	52	13,2	39	9,9	63	15,8
Laval	70	19,5	122	33,7	95	26,0	85	23,1	79	21,3	76	20,3
Lanaudière	59	14,5	84	20,4	72	17,3	87	20,8	74	17,5	51	12,0
Laurentides	198	40,4	185	37,1	158	31,2	150	29,3	129	24,9	196	37,4
Montérégie	362	27,1	401	29,8	320	23,6	291	21,3	236	17,2	232	16,9
Nunavik	4	39,5	1	9,8	0	0,0	1	9,5	0	0,0	2	15,4
Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	7,4	4	29,1	2	14,3	1	7,1	5	35,1	3	22,9
Région non précisée	0		8		0		1		0		0	
Province de Québec	2 248	30,0	2 756	36,6	2 395	31,7	2 200	28,9	1 855	24,3	1 988	25,9

Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO).

Notes :

1. Taux exprimé pour 100 000 personnes-années.
2. Pour 2008, le nombre de cas est une projection du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).

Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ selon la région, Québec, 2003 à 2008p²

Région	2003		2004		2005		2006		2007		2008p ²	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Bas-Saint-Laurent	0		0		0		0		0		0	
Saguenay–Lac-Saint-Jean	0		0		0		1	0,5	0		0	
Capitale-Nationale	0		0		0		0		0		2	0,2
Mauricie et Centre-du-Québec	0		0		0		0		0		2	0,3
Estrie	0		0		1	0,3	0		0		0	
Montréal	1	0,1	1	0,1	24	1,3	38	2,0	9	0,5	2	0,1
Outaouais	0		0		0		0		0		0	
Abitibi-Témiscamingue	0		0		0		0		0		0	
Côte-Nord	0		0		0		0		0		0	
Nord-du-Québec	0		0		0		0		0		0	
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	0		0		0		0		0		0	
Chaudière-Appalaches	0		0		0		0		0		0	
Laval	0		0		0		2	0,5	0		2	0,4
Lanaudière	0		0		0		0		0		2	0,4
Laurentides	0		0		0		0		0		2	0,3
Montérégie	0		0		0		3	0,2	0		0	
Nunavik	0		0		0		0		0		0	
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0		0		0		0		0		0	
Province de Québec	1	0,01	1	0,01	25	0,33	44	0,58	9	0,12	10	0,13

Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO).

Notes :

1. Taux exprimé pour 100 000 personnes-années.
2. Pour 2008, le nombre de cas est une projection du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).

Syphilis infectieuse¹ : nombre de cas déclarés et taux d'incidence² selon la région, Québec, 2003 à 2008p³

Région	2003		2004		2005		2006		2007		2008p ³	
	N	Tx	N	Tx								
Bas-Saint-Laurent	2	1,0	7	3,5	0	0,0	0	0,0	2	1,0	0	0,0
Saguenay–Lac-Saint-Jean	0	0,0	3	1,1	5	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Capitale-Nationale	3	0,5	48	7,2	18	2,7	12	1,8	11	1,6	30	4,4
Mauricie et Centre-du-Québec	6	1,2	4	0,8	1	0,2	6	1,2	7	1,4	2	0,3
Estrie	4	1,3	5	1,7	0	0,0	3	1,0	0	0,0	0	0,0
Montréal	116	6,2	126	6,7	180	9,6	292	15,4	169	8,9	193	10,0
Outaouais	5	1,5	3	0,9	2	0,6	11	3,2	2	0,6	0	0,0
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	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nord-du-Québec	0	0,0	2	12,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	1,1	0	0,0
Chaudière-Appalaches	2	0,5	9	2,3	5	1,3	2	0,5	2	0,5	3	0,8
Laval	1	0,3	2	0,6	6	1,6	4	1,1	5	1,3	7	1,8
Lanaudière	1	0,2	6	1,5	5	1,2	9	2,1	8	1,9	15	3,5
Laurentides	0	0,0	6	1,2	6	1,2	9	1,8	3	0,6	8	1,6
Montérégie	14	1,0	19	1,4	28	2,1	29	2,1	34	2,5	33	2,4
Nunavik	0	0,0	1	9,8	0	0,0	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	154	2,1	241	3,2	257	3,4	378	5,0	244	3,2	290	3,8

Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO).

Notes :

1. Comprend tous les cas de syphilis primaire, secondaire et latente de moins d'un an.
2. Taux exprimé pour 100 000 personnes-années.
3. Pour 2008, le nombre de cas est une projection du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (1^{er} janvier au 9 août 2008).

VIH (nouveaux diagnostics) : nombre de cas enregistrés et taux d'incidence¹ selon la région, Québec, 2003 à 2007

Région	2003		2004		2005		2006		2007	
	N	Tx								
Bas-Saint-Laurent	4	2,0	4	2,0	2	1,0	5	2,5	2	1,0
Saguenay–Lac-Saint-Jean	5	1,8	5	1,8	7	2,5	2	0,7	2	0,7
Capitale-Nationale	28	4,2	32	4,8	32	4,8	33	4,9	19	2,8
Mauricie et Centre-du-Québec	8	1,7	5	1,0	6	1,2	7	1,4	4	0,8
Estrie	11	3,7	4	1,3	4	1,3	4	1,3	6	2,0
Montréal	281	15,1	265	14,1	282	15,0	308	16,3	217	11,4
Outaouais	15	4,5	9	2,7	14	4,1	16	4,6	14	4,0
Abitibi-Témiscamingue	2	1,4	2	1,4	1	0,7	0	0,0	1	0,7
Côte-Nord	0	0,0	3	3,1	5	5,2	1	1,1	0	0,0
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	2	2,1	0	0,0	2	2,1	0	0,0	0	0,0
Chaudière-Appalaches	8	2,0	5	1,3	2	0,5	1	0,3	0	0,0
Laval	12	3,3	11	3,0	12	3,3	12	3,3	13	3,5
Lanaudière	9	2,2	6	1,5	10	2,4	12	2,9	8	1,9
Laurentides	23	4,7	11	2,2	8	1,6	16	3,1	18	3,5
Montréal	35	2,6	27	2,0	33	2,4	39	2,9	30	2,2
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,4
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	3	21,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Province de Québec	443	5,9	392	5,2	420	5,6	456	6,0	335	4,4

Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ, octobre 2008).

Note :

1. Pour le VIH, l'incidence est estimée à partir du nombre de nouveaux diagnostics (taux pour 100 000 personnes-années).

ANNEXE 3

NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE DE CERTAINES ITSS SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE, CANADA, ANNÉES 2006 ET 2007¹

Province/Territoire	CHLAMYDIOSE GÉNITALE			
	Nombre de cas		Taux	
	2006	2007	2006 ²	2007 ³
National	69 018	72 390	211,4	219,5
Terre-Neuve	552	510	108,2	100,7
Île-du-Prince-Édouard	169	168	122,4	121,2
Nouvelle-Écosse	1 762	1 788	188,4	191,4
Nouveau-Brunswick	1 346	1 250	179,7	166,7
Québec	12 846	13 361	167,9	173,5
Ontario	22 231	23 177	175,0	181,0
Manitoba	4 220	5 613	358,1	473,0
Saskatchewan	4 256	3 179	431,0	318,9
Alberta	10 456	11 218	310,2	322,9
Colombie-Britannique	9 186	9 953	212,6	227,2
Yukon	169	239	541,5	771,2
Territoires du Nord-Ouest	696	752	1641,5	1763,7
Nunavut ⁴	1 129	1 182	3713,8	3 799,1

Province/Territoire	INFECTION GONOCOCCIQUE			
	Nombre de cas		Taux	
	2006	2007	2006 ²	2007 ³
National	11 267	11 515	34,5	34,9
Terre-Neuve	8	18	1,6	3,6
Île-du-Prince-Édouard	1	2	0,7	1,4
Nouvelle-Écosse	101	72	10,8	7,7
Nouveau-Brunswick	36	47	4,8	6,3
Québec	1 278	1 404	16,7	18,2
Ontario	3 800	3 918	29,9	30,6
Manitoba	1 574	1 484	133,6	125,1
Saskatchewan	954	857	96,6	86,0
Alberta	2 149	2 200	63,8	63,3
Colombie-Britannique	1 072	1 275	24,8	29,1
Yukon	11	17	35,2	54,9
Territoires du Nord-Ouest	181	221	426,9	518,3
Nunavut ⁴	102	N/D	335,5	N/D

Province/Territoire	HÉPATITE C ⁵			
	Nombre de cas		Taux	
	2006	2007	2006 ²	2007 ³
National	11 916	11 795	36,5	35,8
Terre-Neuve	101	95	19,8	18,8
Île-du-Prince-Édouard	33	49	23,9	35,3
Nouvelle-Écosse	250	223	26,7	23,9
Nouveau-Brunswick	252	187	33,6	24,9
Québec	2 202	1 849	28,8	24,0
Ontario	3 751	4 333	29,5	33,8
Manitoba	329	349	27,9	29,4
Saskatchewan	619	497	62,7	49,9
Alberta	1 377	1 290	40,9	37,1
Colombie-Britannique	2 942	2 862	68,1	65,3
Yukon	38	41	121,8	132,3
Territoires du Nord-Ouest	19	16	44,8	37,5
Nunavut	3	4	9,9	12,9

Province/Territoire	SYPHILIS INFECTIEUSE ⁶			
	Nombre de cas		Taux	
	2006	2007	2006 ²	2007 ³
National	1 311	1 168	4,0	3,5
Terre-Neuve	0	3	0,0	0,6
Île-du-Prince-Édouard	0	1	0,0	0,7
Nouvelle-Écosse	2	3	0,2	0,3
Nouveau-Brunswick	0	4	0,0	0,5
Québec	378	232	4,9	3,0
Ontario	350	361	2,8	2,8
Manitoba	15	27	1,3	2,3
Saskatchewan	17	3	1,7	0,3
Alberta	218	235	6,5	6,8
Colombie-Britannique	331	299	7,7	6,8
Yukon	0	0	0,0	0,0
Territoires du Nord-Ouest	0	0	0,0	0,0
Nunavut ⁴	0	N/D	0,0	N/D

Province/Territoire	TEST POSITIF POUR LE VIH ⁷			
	Nombre de tests positifs		Taux	
	2006	2007	2006 ²	2007 ³
National	2 559	2 432	9,4	8,8
Terre-Neuve	6	0	1,4	0,0
Île-du-Prince-Édouard	5	0	3,1	1,9
Nouvelle-Écosse	23	17		
Nouveau-Brunswick	14	8	2,2	1,3
Québec	585	523	9,1	8,1
Ontario	1 149	1 070	10,9	10,1
Manitoba	81	82	8,3	8,4
Saskatchewan	109	113	13,3	13,6
Alberta	222	218	8,1	7,6
Colombie-Britannique	360	397	9,8	10,8
Yukon	2	0	7,8	0,0
Territoires du Nord-Ouest	2	4	9,2	0,0
Nunavut ⁴	1	0	5,0	0,0

Note :

- Source : Agence de la santé publique du Canada, Section de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, mai 2008, [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stdcases-casmts/cases-cas-08-fra.php>]. Ces données sont préliminaires.
- Taux (par 100 000 personnes) basé sur tous les cas signalés en 2006. Estimations fournies par Statistique Canada (Division de la démographie, Section des estimations démographiques, estimations de la population pour juillet, estimations postcensitaires révisées pour 2006.)
- Taux (par 100 000 personnes) basé sur tous les cas rapportés ou extrapolés pour 2007. Estimations fournies par Statistique Canada (Division de la démographie, Section des estimations démographiques, estimations de la population pour juillet, estimations préliminaires post recensement pour 2007). Aucun ajustement n'a été fait pour la variabilité saisonnière.
- Pour le Nunavut, certaines données n'étaient pas disponibles (N/D). Pour plus d'information, consulter l'adresse Internet citée à la note 1.
- Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë, chronique et non précisée).
- Comprend tous les cas de syphilis primaire, secondaire et latente précoce.
- Les données rendent compte le plus fidèlement possible du nombre de nouveaux cas de séropositivité observés. Les cas positifs pour le VIH de chaque province et territoire varient pour les cas âgés de moins de deux ans. Le Québec ne déclare que les tests positifs pour le VIH dont il est certain qu'ils ne sont pas enregistrés en doublon.

Des précisions supplémentaires sur les données et leur interprétation sont fournies à l'adresse Internet citée à la note 1. Il peut y avoir une légère différence entre les données déclarées par les provinces et les territoires et celles de l'Agence de la santé publique du Canada. En ce cas, ce sont les premières qui servent de référence.

ANNEXE 4

RÉSULTATS D'ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES PORTANT SUR LA PRÉVALENCE ET L'INCIDENCE DE L'INFECTION PAR LE VIH ET DE L'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE C PARMIS DIVERSES POPULATIONS QUÉBÉCOISES

Description	Période de collecte-recrutement	Groupe	VIH		Hépatite C	
			Prévalence %	Incidence (pour 100 p.-a.)	Prévalence %	Incidence (pour 100 p.-a.)
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 ou plus	6,9		4,3	
		Total	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 au 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 huit régions du Québec et à Ottawa Personnes qui se sont injecté des drogues dans les six mois précédents, recrutées principalement dans des programmes qui donnent accès à du matériel d'injection stérile, mais aussi dans des milieux tels les centres de détention et les cliniques de désintoxication. (n = 10 776 ; 7 914 hommes et 2 862 femmes).	Infection au VIH 1995 – juin 2007	Hommes				
		≤19 ans	0,2		19,4	
	Infection au VHC 2003 – juin 2007	20-24 ans	4,2		37,1	
		25-29 ans	8,3		48,1	
		30-34 ans	17,1		55,7	
		35-39 ans	20,6		70,1	
		≥ 40 ans	24,2		77,5	
		Tous	15,6		63,0	
	Toutes	Femmes				
		≤19 ans	0,4		17,5	
		20-24 ans	4,4		42,7	
		25-29 ans	11,3		56,5	
		30-34 ans	19,0		67,9	
		35-39 ans	19,7		71,3	
		≥ 40 ans	17,9		76,4	
		Toutes	11,1		58,4	
Ottawa Outaouais						
	Montréal	17,7	3,9	67,4	27,3	
	Québec	11,1	2,6	67,3	30,2	
	Semi urbains	6,7	1,6	50,8	12,1	
	Total	14,5 (13,8-15,2)	3,1 (2,7-3,5)	62,0 (60,4-63,7)	26,8 (24,0-29,7)	

Description	Période de collecte-recrutement	Groupe	VIH		Hépatite C	
			Prévalence %	Incidence (pour 100 p.-a.)	Prévalence %	Incidence (pour 100 p.-a.)
Personnes utilisatrices de drogues par injection (suite)						
Cohorte St-Luc Étude de cohorte ouverte. Cohorte débutée en 1988 et renouvelée depuis 2004, qui recrute des utilisateurs 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 qui, dans la dernière année ont dû se chercher plus d'une fois un endroit pour dormir ou ont 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 mène des travaux depuis 1995.	Garçons	1,0		14,0	4,1
		Filles	0,8		14,0	5,3
		≥ 19 ans	1,3		18,8	
		< 19 ans	0		1,7	
		UDI à vie	2,0		30,7	
		Non-UDI à vie	0		0	
		Total	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 compétence provinciale situés en milieu urbain et semi-urbain (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)	
		UDI et non-UDI				
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. Montréalais et Montréalaise d'origine haïtienne (n = 4 960 ; 1 997 hommes et 3 042 femmes).	Avril 1994 – décembre 1996	Homme	1,1			
		Femme	1,5			
		Total	1,3			

100 p.-a. : 100 personnes-années.

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

Notes

HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES

VIH Un participant sur huit (12,5 %) était infecté par le VIH (près de 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 est passé de 0,62 par 100 p.-a. en 1996-2001 à 0,83 par 100 p.-a. en 2002-2003 (hausse non statistiquement significative) parmi les participants à l'étude OMÉGA.

VHC Parmi l'ensemble des participants, 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 UDI (ARGUS).

Syphilis Un participant sur vingt était 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 ou 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

Les données régionales de l'étude SurvUDI se rapportent aux régions de recrutement, et non aux régions de résidence. Les programmes semi-urbains regroupent les personnes recrutées en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception des résidents de l'immédiate rive sud de Montréal), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie ainsi qu'en Mauricie et Centre-du-Québec.

VIH Chez les 40 ans ou plus, près de un individu sur quatre (23,4 %) est déjà infecté par le VIH. La prévalence du VIH est la plus élevée, entre 16 et 19 %, à Montréal, à Ottawa et en Outaouais. L'incidence globale du VIH est de 3,1 par 100 personnes-années. Globalement, les taux d'incidence du VIH ont baissé pour l'ensemble du réseau entre 1995 et 2005. Les tendances à la hausse depuis 2001 à Montréal et, depuis 2003, à Québec et Ottawa/Outaouais, ne sont pas statistiquement significatives (SurvUDI).

VHC Chez les 40 ans ou plus, un peu plus de trois individus sur quatre (77,4 %) sont déjà infectés par le VHC. La prévalence brute du VHC est de 64,2 % en milieu urbain et de 50,8 % en milieu semi-urbain.

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 38,6 et 35,9 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.

JEUNES DE LA RUE

Les données sur la prévalence se rapportent à la prévalence des anticorps contre le VIH et contre le VHC à l'entrée dans l'étude.

VIH Aucun cas d'infection par le VIH n'a été détecté chez les moins de 19 ans ni chez les non-UDI. Parmi les jeunes non infectés par le VIH à leur entrée dans l'étude 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 par le VHC n'a été détecté chez les non-UDI. Parmi l'ensemble des jeunes non porteurs d'anticorps contre le VHC à leur entrée dans l'étude 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 définis comme des UDI « actifs » durant le suivi, le taux d'incidence du VHC est de 22,1 par 100 personnes-années.

Chlamydirose et infection gonococcique

Une étude réalisée en 2000 auprès de 302 jeunes de la rue de Montréal a montré une prévalence de la chlamydirose de 6,6 % et une prévalence nulle de l'infection gonococcique. Parmi les jeunes âgés de 14 à 20 ans, la prévalence de la chlamydirose atteignait 9 %, alors qu'elle était de 4,1 % chez les 21 à 25 ans. Au cours d'une seconde collecte, effectuée en 2002, on a noté une augmentation de la chlamydirose à 13,6 % chez les filles et un taux stable à 7,4 % chez les garçons. Cette fois encore, la prévalence était nettement plus élevée chez les jeunes âgés de 14 à 20 ans que chez les 21 à 25 ans (11,9 % vs 6,2 %).

PERSONNES INCARCÉRÉES

Dans chaque établissement de détention participant à l'étude, la prévalence de l'infection au VIH et de l'infection par le VHC 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 % 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.

PERSONNES ORIGINAIRES DE RÉGIONS FORTEMENT ENDÉMIQUES AU REGARD DU VIH

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

ANNEXE 5

RÉSULTATS D'ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES PORTANT SUR DES INDICATEURS DE COMPORTEMENTS ASSOCIÉS AUX ITSS PARMIS DIVERSES POPULATIONS QUÉBÉCOISES

INDICATEURS		
Population générale		
Enquête sociale et de santé 1998 (Québec) Personnes âgées de 15 ans ou 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 sexuellement active ou non au cours des 12 derniers mois)	Hommes	11,2
	Femmes	7,9
	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
	Total	9,5
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(le) (parmi la population hétérosexuelle)	Hommes	61,2
	Femmes	45,8
	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
		Total

Jeunes âgés de 15 à 19 ans				
Enquête nationale sur la santé de la population (Canada 1996-1997) et enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Canada, cycle 2003 et cyle 2005)	Groupe	1996-1997	2003	2005
Parmi les personnes âgées entre 15 et 19 ans		%	%	%
Relations sexuelles au moins une fois au cours de la vie	Garçons	43	46	43
	Filles	51*	45	43
	15 à 17 ans	32	30	29
	18 et 19 ans	70	68	65
	Québec	59	62	58
	Total	47*	45	44
Parmi les personnes âgées de 15 à 19 ans ayant eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois				
Plus de 1 partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois	Garçons	35	40	40
	Filles	25	30	27
	15 à 17 ans	43	46	43
	18 et 19 ans	31	35	36
	Total	29	35	33
Parmi les personnes âgées de 15 à 19 ans actives sexuellement qui étaient célibataires et(ou) avaient eu des relations sexuelles avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois				
Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle	Garçons		79	80
	Filles		65*	70
	15 à 17 ans		79	81
	18 et 19 ans		68	70
	Québec		66	66
	Total		72	75

* Valeur significativement différente de l'estimation correspondante pour 2005 ($p < 0,05$)

Étudiants des cégeps		
Enquête sur la santé sexuelle auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal Personnes âgées entre 16 et 25 ans	2005-2006 n = 3 047 (F = 1 819, H = 1 228)	
	Groupe	%
Relations sexuelles orales, vaginales ou anales au moins une fois au cours de la vie	Hommes Femmes Total	71,5 68,8 69,9
Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles		
Âge moyen à la première relation sexuelle avec pénétration vaginale	Hommes Femmes Total	(16,0 ans) (16,0 ans) (16,0 ans)
Relations sexuelles avec une personne de même sexe au cours de la vie	Hommes Femmes Total	5,1 9,9 8,0
Plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois (parmi les personnes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois)	Hommes Femmes Total	39,9 36,3 37,7
Au moins un(e) partenaire « occasionnel(le) » au cours des 12 derniers mois (personne avec qui le (la) répondant(e) a eu des relations sexuelles à l'occasion et considérée comme un « amant » ou une « amante », ou comme ce que des gens appellent communément un « fuck friend »)	Hommes Femmes Total	40,7 30,9 34,9
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	28,3 17,8 22,0
Utilisation du condom « toujours » au cours des relations vaginales avec des partenaires d'un soir au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes Total	66,5 66,0 62,2
Utilisation du 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)		28,9
Utilisation d'une contraception d'urgence (pilule du lendemain) au moins une fois au cours de la vie	Femmes	32,2
Relations sexuelles « en groupe » au moins une fois au cours des six derniers mois	Hommes Femmes Total	8,3 5,8 6,8
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	17,5 13,6 15,2
Test de dépistage de la chlamydie au moins une fois au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes Total	6,7 21,6 15,6
Antécédent d'au moins une ITSS au cours de la vie	Hommes Femmes Total	3,4 7,0 5,6

Jeunes de la rue		
Enquête Cohorte des jeunes de la rue de Montréal Personnes âgées entre 14 et 23 ans	2001-2004 n = 856	
	Groupe	%
Relations sexuelles orales, vaginales ou anales au moins une fois au cours de la vie	Garçons Filles Total	99 99 99
Âge moyen à la première relation sexuelle	Garçons Filles Total	(14,1) (14,3) (14,2)
Relations sexuelles avec une personne du même sexe au cours de la vie	Garçons Filles Total	17 30 22
Histoire d'abus sexuel	Garçons Filles Total	26 62 35
Relations sexuelles en échange d'argent reçu au moins une fois au cours de la vie	Garçons Filles Total	18 37 24
Utilisation du condom « toujours » lors des relations sexuelles au cours des 6 derniers mois		25
Antécédent d'au moins une ITSS au moins une fois au cours de la vie	Garçons Filles Total	29 28 29
Grossesse au moins une fois au cours de la vie	Filles	47
Injection de drogue au moins une fois au cours de la vie		46
Parmi les jeunes s'étant injectés des drogues au moins une fois au cours de la vie		
Âge moyen à 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		67

Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes	
Enquête ARGUS auprès d'HARSAH montréalais Personnes âgées de 18 ans ou 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 six 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 au cours de la dernière relation sexuelle avec pénétration anale	66,9
Relation anale sans condom au moins une fois avec un partenaire sexuel considéré comme à risque (un partenaire occasionnel, 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
Recours à Internet pour faire des rencontres sexuelles au moins une fois au cours des six derniers mois	35,4
Consommation de 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 se sachant pas déjà infectées par le VIH)	43,7
Ignorance de son 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 hommes se sachant infectés par le VIH)	65,2
Antécédent d'au moins une ITSS autre que l'infection par le VIH au cours de la vie	45,7

Personnes utilisatrices de drogues par injection		
Enquête SurvUDI	Données 1995-2007 (30 juin) n = 10 776 (F = 2 862, H = 7 914)	
	Groupe	%
Utilisation d'un condom « toujours » au cours des relations hétérosexuelles 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 2003-2007 Hommes Femmes	54,1 43,3
Relations sexuelles en échange d'argent reçu au moins une fois au cours des six derniers mois	Période 1995-2007 UDI milieu urbain Hommes Femmes UDI milieu semi-urbain Hommes Femmes	8,4 41,5 8,7 28,2
Injection de cocaïne au moins une fois au cours des six derniers mois	Période 1995-2007 24 ans ou moins 25 ans ou plus	76,8 90,7
Injection d'héroïne au moins une fois au cours des six derniers mois	Période 1995-2007 24 ans ou moins 25 ans ou plus	56,0 24,8
Injection de drogues au moins une fois par jour au cours du dernier mois	Période 1995-2007 UDI milieu urbain UDI milieu semi-urbain	29,2 14,1
Injection de drogues avec une seringue déjà utilisée par d'autres au cours des six derniers mois	Période 2003-2007	25,7
Ignorance de son infection (parmi les personnes infectées par le VIH mais non par le VHC, selon les résultats des tests faits au moment de l'entrevue)	Période 2003-2007	30,4
Ignorance de son infection (parmi les personnes infectées par le VHC mais non par le VIH, selon les résultats des tests faits au moment de l'entrevue)	Période 2003-2007	27,9

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	(6) (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 par injection)	Hommes Femmes	6 42
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 son infection (parmi les personnes infectées par le VIH selon le résultat du test fait au moment de l'étude)		20,4

Personnes d'origine haïtienne		
Enquête auprès de Montréalais et de Montréalaise nés en Haïti ou d'au moins un parent né en Haïti Personnes âgées de 18 ans ou plus	2007 n = 1 180	
	Groupe	%
Relations sexuelles avec au moins un(e) partenaire habituel(le) ou « régulier(ère) » au cours des 12 derniers mois	Hommes	92,2
	Femmes	85,4
	Total	88,1
Relations sexuelles avec au moins un(e) partenaire occasionnel(le) au cours des 12 derniers mois	Hommes	37,4
	Femmes	19,4
	Total	26,2
Utilisation d'un condom « toujours ou la plupart des fois (90-100 %) » au cours des relations sexuelles avec un(e) partenaire occasionnel(le) au cours des 12 derniers mois (parmi les personnes ayant eu des relations sexuelles avec un(e) partenaire occasionnel(le) au cours des 12 derniers mois)	Hommes	81,4
	Femmes	61,1
	≤ 29 ans	78,5
	≥ 30 ans	62,2

Peuples autochtones		
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003. Enquête auprès des résidents des neuf communautés crie d'Iiyiyiu Aschii au Québec L'échantillon final comprend des résidents autochtones et non autochtones.	2003 n = 920	
Parmi les personnes âgées de 15 à 49 ans	Groupe	%
Relations sexuelles au moins une fois au cours de la vie	Hommes	87,8
	Femmes	91,0
	15-19 ans	64,7
	20-29 ans	91,1
	30-49 ans	95,3
	Total	89,0
Parmi les personnes âgées de 15 à 49 ans ayant déjà eu des relations sexuelles		
Première relation sexuelle avec pénétration avant l'âge de 15 ans, selon le sexe et l'âge	Hommes	17,9
	Femmes	17,6
	15-19 ans	34,1*
	20-29 ans	23,2
	30-39 ans	14,1
	40-49 ans	ND
Total	18,0	
Plus de 1 partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge	Hommes	22,0
	Femmes	10,2*
	15-19 ans	37,3*
	20-29 ans	23,4*
	30-49 ans	8,5*
	Total	16,0
Utilisation du condom au cours de la dernière relation sexuelle (parmi les personnes ayant rapporté avoir eu plus d'un(e) partenaire au cours de la dernière année)		70,0*

* Estimation imprécise, à interpréter avec circonspection

