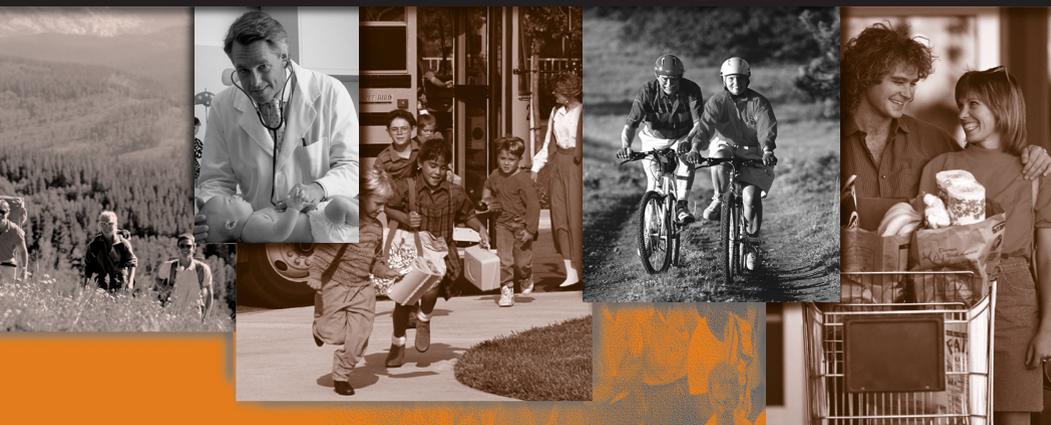


PORTRAIT
DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT
ET PAR LE SANG (ITSS)
AU QUÉBEC
ANNÉE 2008 (ET PROJECTIONS 2009)



S A N T É P U B L I Q U E



COLLECTION

analyses et surveillance

35

**PORTRAIT
DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT
ET PAR LE SANG (ITSS)
AU QUÉBEC
ANNÉE 2008 (ET PROJECTIONS 2009)**

*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.

La révision linguistique a été effectuée par Francine Bordeleau.

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, 2009
Bibliothèque et Archives Canada, 2009
ISBN : 978-2-550-57739-3 (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.

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 infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Nous remercions également toutes les personnes qui ont participé aux enquêtes de vigie accrue, aux programmes spécifiques de surveillance ou aux études épidémiologiques d'où proviennent les données qui ont permis de dresser ce portrait des ITSS.

Nous souhaitons enfin 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.

Nous remercions particulièrement Klaus Jochem et François William Tremblay pour leur contribution respective aux sections « Hépatite C » et « Infection gonococcique ».

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	6
Liste des abréviations et des acronymes	7
Liste des tableaux et figures	8
Notes méthodologiques	10
Faits saillants	12
1. Infections	12
2. Populations particulièrement touchées	14
3. Situation canadienne	16
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	20
Infection gonococcique	24
Hépatite B	31
Hépatite C	35
Lymphogranulomatose vénérienne	40
Syphilis	43
Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	49
1. Programme de surveillance de l'infection par le VIH	49
2. Surveillance de l'infection par le VIH chez la femme enceinte	56
3. Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection par le VIH au Québec	57
4. Surveillance du sida	61
5. Mortalité due au sida	63
Autres ITSS	65
Sources des données	67
ANNEXE 1	71
Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, selon l'âge et le sexe, Québec, 2008	
ANNEXE 2	74
Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2004 à 2009	
ANNEXE 3	81
Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, selon la province ou le territoire, Canada, 2007 et 2008	

ANNEXE 4	84
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	88
Résultats d'études épidémiologiques portant sur des indicateurs de comportements associés aux ITSS parmi diverses populations québécoises	

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 l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, 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 des 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, l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* 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, lui-même rattaché à l'Institut national de santé publique du Québec. Des données complémentaires se rapportant aux facteurs d'exposition sont tirées soit des enquêtes faites à la suite des déclarations, soit des programmes de surveillance. Par ailleurs, les données sur la prévalence de certaines ITSS et de certains comportements associés aux ITSS proviennent 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. Il vise à fournir de l'information sur l'émergence, l'ampleur et l'évolution 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).

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES

ADN	Acide désoxyribonucléique
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CMIS	Centre maternel et infantile sur le sida
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladie transmissible sexuellement
NAM	Numéro d'assurance maladie
TAAN	Technique d'amplification des acides nucléiques
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VHD	Virus de l'hépatite D
VHS	Virus de l'herpès simplex
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

FAITS SAILLANTS

Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, Québec (2004, 2008 et 2009) et Canada sans le Québec (2004 et 2008)

Taux brut d'incidence de cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2008

INFECTION GÉNITALE À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009

Taux d'incidence de cas déclarés, selon le sexe, Québec, 2004 à 2009

Taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2008

Taux d'incidence de cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 1999 à 2009

Taux d'incidence de cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, 1999 à 2009

INFECTION GONOCOCCIQUE

Infection gonococcique, taux d'incidence de cas déclarés en 2008 et variation entre 2004-2008, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec

Infection gonococcique, nombre et taux d'incidence de cas déclarés en 2008 chez les 15-24 ans et variation entre 2004-2008, selon le sexe, régions à taux d'incidence de 10 pour 100 000 ou plus en 2008, Québec

Taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009

Taux d'incidence de cas déclarés, selon le sexe, Québec, 2004 à 2009

Taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2008

Taux d'incidence de cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 1999 à 2009

Taux d'incidence de cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, 1999 à 2009

Taux d'incidence de cas déclarés, selon certains groupes d'âge et le sexe, Québec, 2004 et 2008

Taux d'incidence de cas déclarés, chez les 15-24 ans, régions regroupées, Québec, 2004 à 2009

HÉPATITE B

Taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009

Taux d'incidence de cas déclarés, selon le sexe, Québec, 2004 à 2009

Taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2008

Hépatite B aiguë, taux d'incidence de cas déclarés, jeunes de moins de 25 ans, Québec, 1990 à 2009

Hépatite B aiguë, chronique et non précisée, taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009

HÉPATITE C

Facteurs de risque chez des cas d'hépatite C de stade non précisé nouvellement déclarés, Montréal, janvier 2006 à décembre 2008 (données provisoires)

Facteurs de risque chez des cas d'hépatite C aiguë nouvellement déclarés, Montréal, janvier 2004 à décembre 2008 (données provisoires)

Taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009

Taux d'incidence de cas déclarés, selon le sexe, Québec, 2004 à 2009

Taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2008

Taux d'incidence de cas déclarés, pour certains groupes d'âge, Québec, 1999 à 2009

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Nombre de cas déclarés, hommes, Québec, 2003 à 2009

Taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2008

SYPHILIS INFECTIEUSE

Taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009

Taux d'incidence de cas déclarés, selon le sexe, Québec, 2004 à 2009

Taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2008

Taux d'incidence de cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, 1999 à 2009

Nombre de nouveaux cas de tréponématose confirmés au LSPQ, par valeur du titre sérologique, 2004 à 2009

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 2008

Nombre et proportion des CAS par catégorie principale d'exposition, sexe et année du prélèvement, programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, avril 2002 à décembre 2008

Nombre et proportion des NOUVEAUX DIAGNOSTICS par catégorie principale d'exposition, sexe et année du prélèvement, programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, avril 2002 à décembre 2008

Estimation de la prévalence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées par catégorie d'exposition, sexes réunis, Québec, 2005 et 2008

Estimation de la prévalence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées par catégorie d'exposition, femmes, Québec, 2005 et 2008

Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées par catégorie d'exposition, sexes réunis, Québec, 2005 et 2008

Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées par catégorie d'exposition, femmes, Québec, 2005 et 2008

Estimation de l'incidence et nombre de nouveaux diagnostics, Québec, 1999 à 2009

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

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

Taux brut de mortalité par sida, Québec, 1987 à 2008

Taux de mortalité par sida, selon l'âge et le sexe, Québec, 2008

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. En ce qui concerne les données tirées 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 l'infection à *Chlamydia trachomatis* 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) est influencée par les facteurs suivants :

- l'accessibilité culturelle, géographique et financière du dépistage et du diagnostic ;
- 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 aux enquêtes et à la classification des cas déclarés selon les définitions nosologiques en vigueur.

Anciens ou nouveaux cas

Par convention, les infections sont comptabilisées au fichier MADO dans la période à laquelle elles ont été déclarées la première fois, mais elles ont pu être contractées bien avant. Dans ce portrait, l'incidence annuelle, soit le nombre de nouveaux cas survenus au cours de l'année, est calculée en fonction des nouvelles déclarations reçues, et non des nouvelles infections acquises.

Les infections qui peuvent se manifester par des signes et symptômes cliniques aigus (ex. : hépatite virale aiguë) ou qui peuvent être acquises de nouveau après un traitement curatif (ex. : infection génitale à *C. trachomatis*, infection gonococcique, syphilis) sont communément considérées comme acquises durant l'année de déclaration, et le nombre de cas déclarés est un indicateur de l'incidence annuelle. Pour des infections dépistées dans la phase chronique (ex. : hépatites B et C chroniques, infection par le VIH), le nombre de cas dépistés et déclarés durant une année n'est pas une incidence puisqu'il représente simplement le nombre de cas chroniques identifiés.

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 10 juin 2009 pour la période du 1^{er} janvier 1990 au 31 décembre 2008, et le 14 septembre 2009 pour la période du 1^{er} janvier au 15 août 2009. Les données antérieures au 1^{er} janvier 1990 sont des données historiques tirées des rapports annuels antérieurs.

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

Projections 2009

Les projections pour l'année 2009 reposent sur le nombre de cas survenus entre le 1^{er} janvier et le 15 août 2009 et déclarés au fichier MADDO au 14 septembre 2009. Cette période correspond aux huit premières périodes CDC de l'année 2009 (une année comptant treize périodes de quatre semaines chacune), y compris les trois premiers jours de l'année 2009 (1^{er}, 2 et 3 janvier).

Calcul des taux

Les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux sont ceux de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Il s'agit d'estimations intercensitaires (1990 à 2000) ou de projections démographiques (2001 à 2009) basées sur le recensement de l'année 2001 et mises à jour en janvier 2005. Afin de conserver l'uniformité des calculs, les projections démographiques basées sur le recensement de 2006 n'ont pas été utilisées puisque le découpage par région sociosanitaire n'était pas disponible au moment de la rédaction de ce document.

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

Certaines 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 de la personne chez qui l'infection a été diagnostiquée.

FAITS SAILLANTS

1. INFECTIONS

Infection génitale à *C. trachomatis* : amorce d'un nouveau cycle haussier

- Après une augmentation de 100 % du nombre de cas déclarés entre 1997 et 2004, la chlamydie génitale était entrée dans une brève période de stabilisation, mais elle semble amorcer un nouveau cycle haussier depuis 2006 (augmentation de 17 % entre 2006 et 2008, et de 5 % en 2009 selon les données actuellement disponibles).
- Cette infection est très répandue dans tout le Québec, particulièrement chez les jeunes de 15-24 ans. En 2008, ils comptent pour 73 % des cas féminins et 50 % des cas masculins. Ainsi durant la dernière année, 1,6 % des filles de 15-24 ans ont contracté une infection génitale à *C. trachomatis*.
- En 2008, les femmes représentent plus des deux tiers (69 %) des cas. Le ratio femmes/hommes s'amenuise selon l'âge (il est de 5,8 pour 1 chez les 15-19 ans et de 1,3 pour 1 chez les 30-34 ans). Parmi les 15-24 ans, l'augmentation constatée entre 2006 et 2008 est plus marquée chez les hommes (25 %) que chez les femmes (18 %).
- Les régions de Lanaudière, de l'Outaouais, de Laval, de Montréal, de la Montérégie et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ont connu les plus fortes hausses du nombre de cas déclarés entre 2004 et 2008 (de l'ordre de 30 à 60 %).

Infection gonococcique : multiplication par deux du taux de cas déclarés entre 2004 et 2008

- L'incidence de l'infection avait augmenté à compter de 1999, s'était stabilisée entre 2001 et 2004, et avait amorcé un nouveau cycle haussier en 2005. Entre 2004 et 2008, le taux d'incidence a pratiquement doublé. Selon les données préliminaires disponibles, cette hausse se poursuivra en 2009 (augmentation prévue de 6 % par rapport à 2008).
- Entre 2004 et 2008, l'augmentation du taux de cas déclarés a été 5,4 fois plus importante chez les femmes (+ 295 %) que chez les hommes (+ 52 %). En 2008, le ratio femmes/hommes est de 1 pour 1,8, alors qu'il était de 1 pour 4,6 en 2004, et les femmes constituent 36 % de l'ensemble des cas, comparativement à 18 % en 2004. Les femmes comptent pour 54 % de l'augmentation enregistrée durant cette période.
- Pratiquement toute la croissance constatée entre 2004 et 2008 est enregistrée dans les trois zones géographiques suivantes : Montréal (36 % de l'augmentation de cas), régions de la Capitale-Nationale, de l'Outaouais, de Laval, de Lanaudière et de la Montérégie réunies (36 %) et le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (20 %). En 2008, le taux d'incidence de cas déclarés dans la région de Montréal (43 pour 100 000) est trois fois plus élevé que celui du reste de la province.

Lymphogranulomatose vénérienne : aucun cas déclaré en 2009 au terme des huit premières périodes de l'année

- La résurgence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV), une infection endémique dans certains pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique du Sud et des Caraïbes, mais rare dans le monde occidental, avait marqué l'année 2004. Neuf cas ont été déclarés en 2008 et en 2007, comparativement à 44 cas en 2006. Au terme des huit premières périodes de l'année 2009, aucun cas n'a été déclaré. Un recul similaire est enregistré dans les autres provinces canadiennes et en Europe. Néanmoins, cette infection exige encore une attention particulière car ailleurs dans le monde, des éclosions de LGV sont survenues après une période d'accalmie.
- À l'exception d'un cas féminin, tous les cas déclarés au Québec jusqu'à maintenant sont des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH).

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

- En quinze ans, le nombre total 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 quinze ans, le nombre de cas d'hépatite B aiguë a régressé de près de 100 %. Au cours des quatre dernières années, moins de 50 cas ont été déclarés annuellement ; selon les données des huit premiers mois de l'année, environ 25 cas seront déclarés en 2009. Cette situation s'explique sans doute en partie par l'implantation, en 1994, du programme universel de vaccination en 4^e année du primaire, ainsi que par l'augmentation considérable de la vaccination gratuite pour les groupes à risque. Les trois quarts des cas aigus sont âgés de 40 ans ou plus.
- La déclaration constante de cas chroniques et de stade non précisé est liée au bassin probablement important de personnes qui ont contracté l'infection dans le passé (y compris les nouveaux arrivants au Québec), et qui sont maintenant diagnostiquées.

Hépatite C: persistance de l'épidémie chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI)

- Le nombre de cas déclarés d'hépatite C a diminué de moitié entre 2000 et 2008. Selon les données préliminaires, le nombre de cas déclarés en 2009 serait similaire à celui de 2008.
- Actuellement, la transmission est principalement liée à l'utilisation de drogues par injection ; d'ailleurs, le nombre de nouvelles infections ne diminue pas parmi les UDI.
- On estime qu'un peu plus du quart des UDI infectés par le VHC ignorent leur infection. En 2004, un peu moins de 10 % de l'ensemble des Québécois reconnus comme infectés par le VHC avaient amorcé ou complété un traitement antiviral. Les retards dans la détection de l'infection et l'amorce d'un traitement antiviral ont pour conséquence de prolonger la contagiosité des personnes infectées et d'entraîner des complications graves : cirrhose hépatique et cancer primitif du foie.
- De 1991 à 2008, près de 32 000 cas d'hépatite C ont été déclarés au Québec.

Syphilis infectieuse: l'infection est bien installée

- Le nombre de cas de syphilis infectieuse est passé d'environ un par mois en 2001 à un par jour en 2006, pour ainsi revenir à son niveau de 1984. Après six années de hausse, le nombre de cas a baissé en 2007, pour remonter au niveau de 2006 en 2008 ; les données préliminaires pour 2009 laissent cependant présager une baisse de 16 %.
- En 2005, pour la première fois depuis le début de l'épidémie, les 15-19 ans ont été touchés par la syphilis. Cette année-là, deux cas ont été déclarés dans ce groupe d'âge. Les données préliminaires laissent présager dix cas pour 2009.
- Tout comme dans le reste de l'Amérique du Nord et en Europe, l'infection touche particulièrement les HARSAH, qui constituent plus de 90 % des cas.
- Avec 71 % des cas du Québec, la région de Montréal continue en 2008 d'afficher, et de loin, le plus haut taux. La région de la Capitale-Nationale a connu une hausse notable entre 2007 et 2008, qui se poursuit en 2009.

VIH: une infection toujours très présente

- Après une baisse entre 2006 et 2007, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH est remonté en 2008 pour atteindre le nombre annuel moyen de la période 2004-2006. Les données des six premiers mois de l'année 2009 laissent présager une baisse d'environ 15 % par rapport à 2008.

- En 2008, le nombre annuel de nouveaux diagnostics est revenu à son niveau antérieur dans chacune des quatre catégories principales d'exposition, soit les HARSAH (62 % des nouveaux diagnostics de 2008), les personnes originaires d'un pays endémique, c'est-à-dire qui affiche un taux important d'infections par le VIH et où le mode prédominant de transmission est le contact hétérosexuel (11 % des nouveaux diagnostics), les personnes ayant eu des relations hétérosexuelles non protégées sans autre facteur de risque (8,9 %) et les UDI (5,7 %).
- Depuis l'implantation du programme de surveillance du VIH, en 2002, la région de Montréal enregistre à elle seule 78,8 % des cas d'immigrants de pays endémiques, 70,4 % des cas de HARSAH, 62 % des cas de transmission mère-enfant, 50,3 % des cas de personnes ayant eu des relations hétérosexuelles non protégées sans autre facteur de risque et 49,4 % des cas UDI.
- Les cas sont détectés tardivement. Plus de la moitié (57 %) des personnes nouvellement diagnostiquées en 2008 n'avaient jamais passé de test de détection du VIH auparavant. Cette proportion est plus élevée chez les personnes originaires d'un pays endémique (87,3 %) que chez les UDI (68,6 %) et les HARSAH (47,6 %). Le quart des cas nouvellement diagnostiqués en 2008 présentaient des signes et symptômes compatibles avec une infection chronique par le VIH ou avaient atteint le stade du sida.
- En 2008, selon les estimations de l'Agence de la santé publique du Canada produites pour le Québec :
 - entre 500 et 1 200 personnes ont contracté le VIH (cette donnée est similaire aux dernières estimations produites, lesquelles se rapportaient à l'année 2005) ;
 - entre 14 500 et 21 300 personnes étaient atteintes du VIH (ce chiffre comprend les personnes ayant développé le sida).
- En 2008, le taux de mortalité associé au sida, de 1,2 pour 100 000 (soit 92 décès), est près de sept fois inférieur à celui de 1995.

Entre 1990 et 1996, la montée de la mortalité due au sida s'est accompagnée d'une chute de l'infection génitale à *C. trachomatis* ; le phénomène s'est inversé entre 1996 et 2008. La remontée non seulement de la chlamydie génitale 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.

2. POPULATIONS PARTICULIÈREMENT TOUCHÉES

Des groupes de population sont plus vulnérables à l'une ou l'autre des ITSS, soit les jeunes de 15-24 ans, les jeunes en difficulté, les HARSAH, les UDI (dont les personnes incarcérées), les personnes originaires d'Haïti et de l'Afrique subsaharienne ainsi que les Autochtones. Dans ces populations, les co-infections sont fréquentes.

Jeunes de 15-24 ans

- En 2008, les jeunes de 15-24 ans représentent 66 % des cas de chlamydie génitale déclarés, 47 % des cas d'infection gonococcique, 11 % des cas d'hépatite B, 9 % des cas de syphilis infectieuse et 6 % des cas d'hépatite C. Par ailleurs, ils totalisent 5 % des nouveaux et anciens cas reconnus depuis l'implantation du programme québécois de surveillance de l'infection par le VIH, en avril 2002.
- Selon des données recueillies en 2008-2009, 90 % des **jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec** ont eu au moins une relation sexuelle orale, vaginale ou anale. Jusqu'à 16 % des filles et 5 % des garçons sexuellement actifs ont déjà reçu de l'argent en échange de relations sexuelles. Parmi les filles sexuellement actives, un peu plus de quatre sur dix ont déjà eu recours à une contraception d'urgence (pilule

du lendemain). Les deux tiers (68 %) de ces jeunes sexuellement actifs avaient utilisé un condom au cours de leur dernière relation sexuelle vaginale avec un partenaire « d'un soir ». La prévalence de la chlamydie génitale s'élevait à 9,3 % chez les filles et à 1,9 % chez les garçons.

- Selon des données de l'année 2005-2006, 72 % des **cégépiens montréalais** ont eu au moins une relation sexuelle orale, vaginale ou anale. Le tiers des filles sexuellement actives avaient déjà eu recours à une contraception d'urgence. Au cours des douze mois précédant la collecte des données, 68 % des cégépiens sexuellement actifs avaient toujours utilisé le condom pour les relations sexuelles vaginales avec des partenaires « d'un soir ».
- En 2002, parmi les **jeunes de la rue de Montréal**, la prévalence de la chlamydie génitale était de 13,6 % chez les filles et de 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 %, s'étaient déjà injecté des drogues.

Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

- Tous les cas masculins de lymphogranulomatose vénérienne déclarés au Québec, 90 % des cas de syphilis infectieuse et 60 % des cas masculins d'infection gonococcique sont des HARSAH.
- Les HARSAH constituent 48 % des nouveaux et anciens cas reconnus depuis l'implantation du programme québécois de surveillance de l'infection par le VIH (52 % si l'on compte les HARSAH également UDI), et 62 % des nouveaux diagnostics de 2008.
- On estime que chaque année, environ 1,3 % des HARSAH non infectés contractent le VIH. Jusqu'à 13,5 % de tous les HARSAH québécois (et 18 % des HARSAH de 40-49 ans) seraient infectés par le VIH.
- En 2008, 67 % 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 au cours des six mois précédant la collecte des données.
- En 2008, on estime que 15 % des HARSAH québécois infectés par le VIH ignoraient leur infection.

Personnes utilisatrices de drogues par injection

- Les UDI représentent 16 % des cas d'infection par le VIH déclarés au Québec depuis 2002 (20 % si l'on compte les HARSAH également UDI).
- Le nombre annuel de nouveaux diagnostics déclarés chez des UDI (une quarantaine en 2008 si l'on compte les HARSAH également UDI) apparaît faible compte tenu du niveau de transmission du VIH constaté 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 (il s'agit de l'incidence moyenne pour la période 1995-2008 ; l'incidence du VIH est passée de 5 cas pour 100 personnes-années en 1995 à 2,7 pour 100 personnes-années en 2006).
- Près de un UDI sur sept (prévalence moyenne pour la période 1995-2008 : 14,3 %) serait infecté par le VIH.
- On estime que chaque année, 27 % des UDI non infectés contractent l'hépatite C.
- Près des deux tiers (63 %) de l'ensemble des UDI québécois, et 76 % des UDI âgés de 40 ans ou plus, sont infectés par le virus de l'hépatite C.
- Le quart des UDI infectés par le VIH uniquement et 27 % des UDI infectés par le VHC uniquement ignoreraient leur infection. Moins de la moitié (42 %) des personnes infectées par le VHC uniquement ont vu un médecin au cours des six derniers mois.
- En 2007, au cours des six mois précédant la collecte des données, 75 % des UDI ne s'étaient pas servis d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre (cette proportion était de 57 % en 1995).

- Parmi les personnes incarcérées dans les 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 (Haïti et pays de l'Afrique subsaharienne essentiellement) 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 (64 %) des femmes enceintes infectées par le VIH sont originaires d'un pays endémique ; la majorité d'entre elles sont de nouvelles arrivantes ayant un statut de réfugiée, et on note une augmentation constante du nombre d'Africaines.

Peuples autochtones

- En 2008, les régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik affichent ensemble un taux de chlamydie et un taux d'infection gonococcique respectivement supérieurs de 12 et 47 fois aux taux moyens des autres régions du Québec ; l'infection gonococcique touche davantage les femmes que 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.
- Depuis 2002, les Autochtones représentent moins de 1 % des cas d'infection par le VIH déclarés au Québec.

3. SITUATION CANADIENNE

En 2008, le taux de cas déclarés de la chlamydie génitale est 35 % moins élevé au Québec qu'au Canada sans le Québec. Cette différence est particulièrement marquée chez les hommes. Tout comme au Québec, le taux d'incidence du Canada sans le Québec a doublé au cours des dix dernières années. À 196 cas pour 100 000, le taux d'incidence de la chlamydie du Québec est similaire à celui de l'Ontario (202 pour 100 000), inférieur à celui de la Colombie-Britannique (242 pour 100 000), supérieur à celui du Nouveau-Brunswick (186 pour 100 000) et proche de celui de la Nouvelle-Écosse (217 pour 100 000).

Le taux québécois de cas déclarés d'infection gonococcique, de 22 pour 100 000, est deux fois moins élevé que le taux du Canada sans le Québec (43 pour 100 000). Le taux du Québec est le plus bas du Canada après celui des provinces de l'Atlantique. L'Ontario et la Colombie-Britannique affichent tous deux un taux d'incidence de l'ordre de 30 pour 100 000.

Le taux québécois de cas déclarés de la syphilis infectieuse, de 4,8 pour 100 000, est comparable à celui du Canada sans le Québec (4 pour 100 000), lequel a augmenté de 157 % entre 1997 et 2007. Le taux du Québec est un peu plus élevé que celui de l'Ontario (3,2 pour 100 000) et de l'Alberta (4,1), mais plus bas que celui de la Colombie-Britannique (7,5 pour 100 000). En Alberta et en Colombie-Britannique, des populations hétérosexuelles sont touchées, et plusieurs cas de syphilis congénitale ont été déclarés au cours des dernières années.

À 25 pour 100 000, le taux québécois d'incidence de l'hépatite C au Québec est inférieur à celui du Canada sans le Québec (39 pour 100 000), lequel a diminué d'environ 40 % entre 1997 et 2007. Le Yukon (85 cas pour 100 000), la Saskatchewan (69 cas pour 100 000) et la Colombie-Britannique (57 cas pour 100 000) sont les provinces canadiennes qui affichent les taux d'incidence les plus élevés.

Au Canada, 2 623 tests positifs pour le VIH ont été déclarés en 2008, un nombre relativement constant au cours des dernières années. Plus de 80 % de ces tests viennent de trois provinces : l'Ontario (43 % des tests positifs, pour un taux incidence de tests déclarés de 10,3 pour 100 000), le Québec (25 %, taux de 9,8 pour 100 000) et la Colombie-Britannique (14 %, taux de 10,8 pour 100 000). La Saskatchewan est cependant la province qui affiche le taux le plus élevé (20,8 pour 100 000).

À la fin de l'année 2008, selon les estimations de l'Agence de la santé publique du Canada, entre 54 000 et 76 000 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 (48 %), les UDI (17 %), les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique (14 %) et les personnes ayant eu des relations hétérosexuelles sans autre facteur de risque (17 %). Entre 2 300 et 4 300 nouvelles infections par le VIH seraient survenues au Canada au cours de l'année 2008. La catégorie des HARSAH représentait toujours le plus grand nombre de nouvelles infections (44 % en 2008 et 45 % en 2005) ; la proportion de nouvelles infections chez les UDI était de 17 % en 2008 contre 16 % en 2005. 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 de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, Québec (2004, 2008 et 2009) et Canada sans le Québec (2004 et 2008)

Infections	Province de Québec						Canada sans le Québec			
	2004		2008		2009 ²		2004		2008	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
Bactériennes										
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	12 863	170,9	15 004	195,6	15 769	204,7	51 196	209,8	67 864	265,5
< 1 an – Sexes réunis ³	9	12,1	3	4,0	6	8,1	17	6,4	24	8,6
15-24 ans – Hommes	1 845	373,7	2 322	469,6	2 518	508,8	9 382	541,0	12 239	671,0
15-24 ans – Femmes	6 865	1 464,4	7 520	1 595,0	8 086	1 712,2	24 674	1 497,4	30 957	1 790,8
Lymphogranulomatose vénérienne	1	0,0	9	0,1	0	0,0				
Infection gonococcique	826	11,0	1 650	21,5	1 759	22,8	8 498	34,8	11 060	43,3
< 1 an – Sexes réunis	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15-24 ans – Hommes	184	37,3	362	73,2	383	77,3	1 916	110,5	2 396	131,4
15-24 ans – Femmes	94	20,1	412	87,4	426	90,2	2 316	140,6	3 490	201,9
Syphilis infectieuse⁴	241	3,2	369	4,8	310	4,0	871	3,6	1 025	4,0
Syphilis congénitale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,7
Virales										
Hépatite B⁵	1 168	15,5	1 003	13,1	973	12,6				
< 1 an – Sexes réunis	2	2,7	1	1,3	0	0,0				
Hépatite C⁶	2 759	36,7	1 902	24,8	1 947	25,3			9 960	39,0
< 1 an – Sexes réunis	5	6,7	3	4,0	5	6,5			32	11,5
UDI	2003-2008 : 27,0 pour 100 personnes-années (2003 : 23,1 ; 2004 : 30,6 ; 2005 : 29,8 ; 2006 : 25,9)									
Infection par le VIH⁷	392	5,2	386	5,0	330	4,3				
Transmission mère-enfant	2		0		ND	ND				
UDI	1995-2008 : 2,9 pour 100 personnes-années (2003 : 2,6 ; 2004 : 2,5 ; 2005 : 2,2 ; 2006 : 2,7)									
HARSAH	2005 : 1,3 pour 100 personnes-années									

1. Taux pour 100 000 personnes-années.
2. Nombre de cas projetés à partir du nombre de cas déclarés au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).
3. Pour le Québec, comprend tous les cas d'infection à *C. 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).

Sources : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Institut national de santé publique du Québec (Programme de surveillance du VIH au Québec, Étude SurvUDI et Étude ARGUS) et Agence de la santé publique du Canada.

Taux brut d'incidence¹ de cas déclarés de certaines ITSS selon la région, Québec, 2008

Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		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	2 916,8	17	1 779,9	06	13,6	06	32,4	06	44,8	06	12,9
18	1 627,7	18	201,7	QC	4,8	17	18,6	08	33,9	QC	5,0
09	287,4	06	42,6	03	3,9	10	14,0	15	30,5	03	4,2
07	225,3	QC	21,5	14	2,8	QC	13,1	07	25,4	01	4,0
06	217,9	13	21,4	16	2,8	07	12,5	QC	24,8	13	3,2
04	216,3	07	16,5	15	2,3	13	10,4	03	22,5	15	2,9
08	211,1	03	14,1	04	1,4	03	8,9	05	22,2	16	2,7
05	208,9	16	13,1	07	1,4	16	8,0	04	19,8	05	2,3
14	207,5	14	12,5	13	1,1	05	7,2	13	18,5	04	2,3
13	203,6	02	8,1	12	1,0	18	7,0	11	18,3	09	2,1
15	197,5	15	7,6	01	0,0	01	6,0	16	14,5	14	1,9
03	196,4	09	7,5	02	0,0	15	5,2	10	14,0	08	1,4
QC	195,6	10	7,0	05	0,0	11	4,3	18	13,9	07	1,1
16	155,1	04	6,4	08	0,0	08	4,2	09	11,8	02	0,7
02	136,6	08	4,9	09	0,0	12	3,3	12	10,9	12	0,5
01	118,6	12	4,3	10	0,0	09	3,2	14	10,6	10	0,0
11	117,2	05	3,9	11	0,0	14	3,1	02	9,9	11	0,0
10	90,9	01	2,0	17	0,0	02	2,9	17	9,3	17	0,0
12	89,9	11	1,1	18	0,0	04	2,9	01	5,5	18	0,0

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

- Taux exprimé pour 100 000 personnes-années.
- Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).
- Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, porteur chronique et non précisée).
- Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).
- Taux estimé à partir du nombre total de nouveaux diagnostics enregistrés en 2008. Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), septembre 2009.

RSS	= Régions sociosanitaires
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

INFECTION GÉNITALE À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

La validation d'un cas repose sur la détection de Chlamydia trachomatis (isolement de C. trachomatis par culture cellulaire, détection d'antigènes ou détection d'acides nucléiques ou, chez le nourrisson, détection sérologique d'IgM spécifiques).

Situation générale

L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* est la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire. Après une régression constante de 1990 à 1997, le nombre de cas déclarés annuellement a doublé entre 1997 et 2004, passant de 6 436 à 12 863, puis est demeuré stable en 2004, 2005 et 2006. En 2008, 15 004 cas ont été déclarés (de 960 à 1 300 cas par période), soit un taux d'incidence de 196 pour 100 000, comparable à celui du début des années 1990. Les données de 2008 s'inscrivent dans une nouvelle tendance à la hausse amorcée en 2007 (le nombre de cas a augmenté de 17 % entre 2006 et 2008). On estime que 15 769 cas seront déclarés en 2009, soit une augmentation de 5,1 % par rapport à 2008. Parallèlement à cette évolution du nombre d'infections, le nombre de tests de détection de l'infection à *C. trachomatis* effectués au Québec aurait augmenté de 11 % entre l'année 2004-2005 et l'année 2007-2008 (Couturier et coll., 2009).

Répartition par sexe et par âge

De façon générale, les cas sont concentrés chez les adolescents et les jeunes adultes. En 2008, les femmes représentent 69 % des cas. Le ratio femmes/hommes s'amenuise selon l'âge : il est de 5,8 pour 1 chez les 15-19 ans et de 1,3 pour 1 chez les 30-34 ans.

Près des trois quarts des cas féminins, soit 73 %, sont dans la tranche d'âge des 15-24 ans. C'est d'ailleurs chez les femmes de 15-24 ans que le taux d'incidence, de 1 595 cas par 100 000 (ou l'équivalent de 1,6 % de cette population), est de loin le plus élevé. Il est en fait huit fois plus élevé que celui de la population générale. La croissance constatée entre 2006 et 2008 est nettement plus marquée chez les femmes de 15-19 ans (28 %) que chez celles de 20 ans ou plus (9 %).

Parmi les 15-24 ans, la croissance constatée entre 2006 et 2008 est plus marquée chez les hommes (25 %) que chez les femmes (18 %). Chez les hommes, les 20-24 ans sont les plus touchés, suivis des 25-29 ans, avec des taux d'incidence respectifs de 682 et de 394 pour 100 000.

En 2008, 106 cas (dont 101 filles) ont été déclarés dans le groupe des 10-14 ans, ce qui représente 0,7 % de l'ensemble des cas déclarés, une proportion stable au cours des dernières années, à l'exception d'un pic en 2003. Par ailleurs, 3 cas (1 cas d'infection génitale, 1 cas d'infection pulmonaire et 1 cas d'infection oculaire) ont été déclarés chez des enfants de moins de 1 an, comparativement à 7 en 2007, 6 en 2006, 4 en 2005, 9 en 2004 et 18 en 2003 ; ces cas sont fort probablement reliés à une transmission mère-enfant.

Distribution géographique

Si la majorité des régions affichent un taux d'incidence comparable à celui de l'ensemble du Québec, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le Bas-Saint-Laurent, le Nord-du-Québec et Chaudière-Appalaches se distinguent par un taux moins élevé (moins de 120 pour 100 000). Les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Nunavik accusent pour leur part des taux très élevés, soit 1 628 et 2 917 pour 100 000 respectivement. Les régions de Lanaudière, de l'Outaouais, de Laval, de Montréal, de la Montérégie et des Terres-Cries-de-la-Baie-James sont celles qui affichent les plus fortes hausses du nombre de cas déclarés entre 2004 et 2008 (de l'ordre de 30 à 60 %).

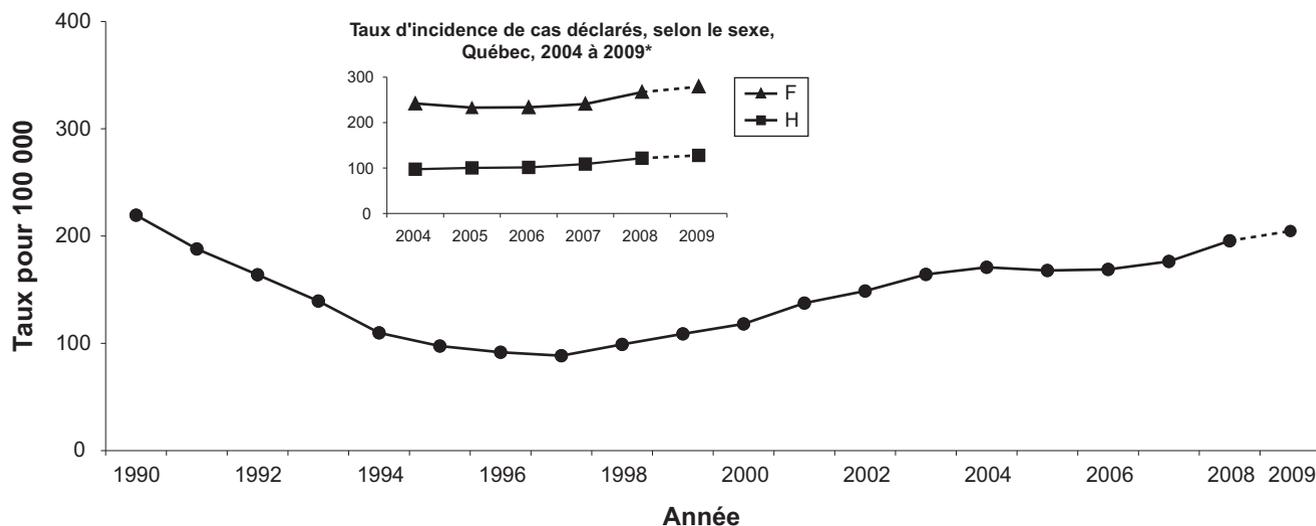
Nouveau variant de *Chlamydia trachomatis*

Un nouveau variant de *C. 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 diminution 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. Quelques 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 peut 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. Le LSPQ a testé 203 échantillons positifs de *C. trachomatis* en 2008 et n'a détecté le variant suédois sur aucun d'eux. L'utilisation exclusive de trousse capables de détecter ce variant n'est donc pas recommandée.

Source : Murphy et coll., 2009

Chez la femme, une infection génitale à *C. 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.

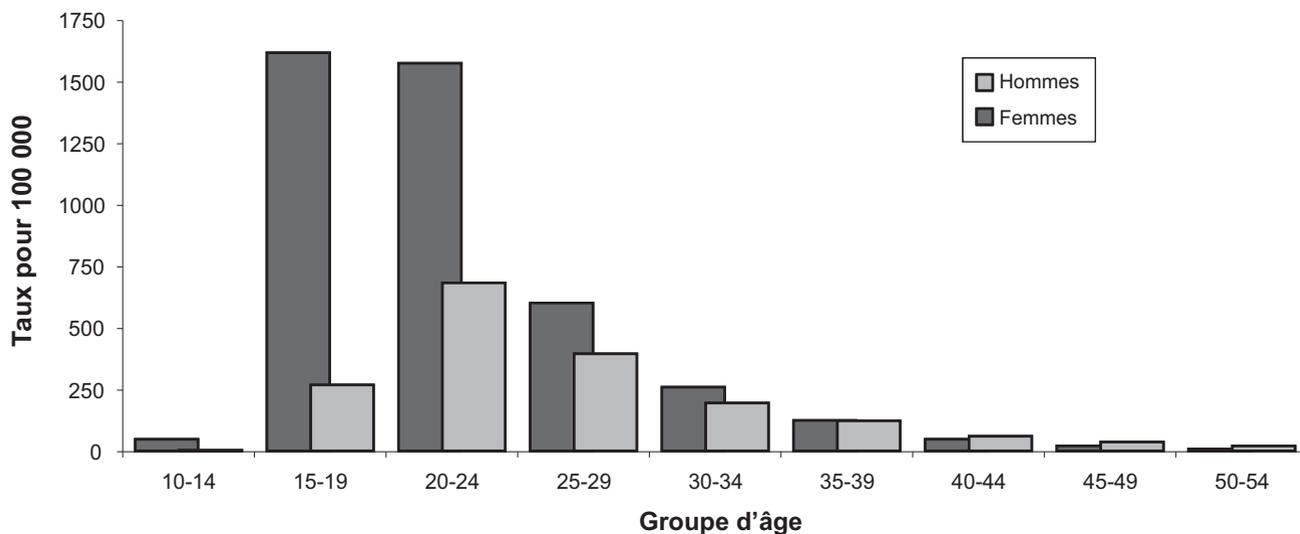
Infection génitale à *C. trachomatis*, taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années. Pour 2009, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

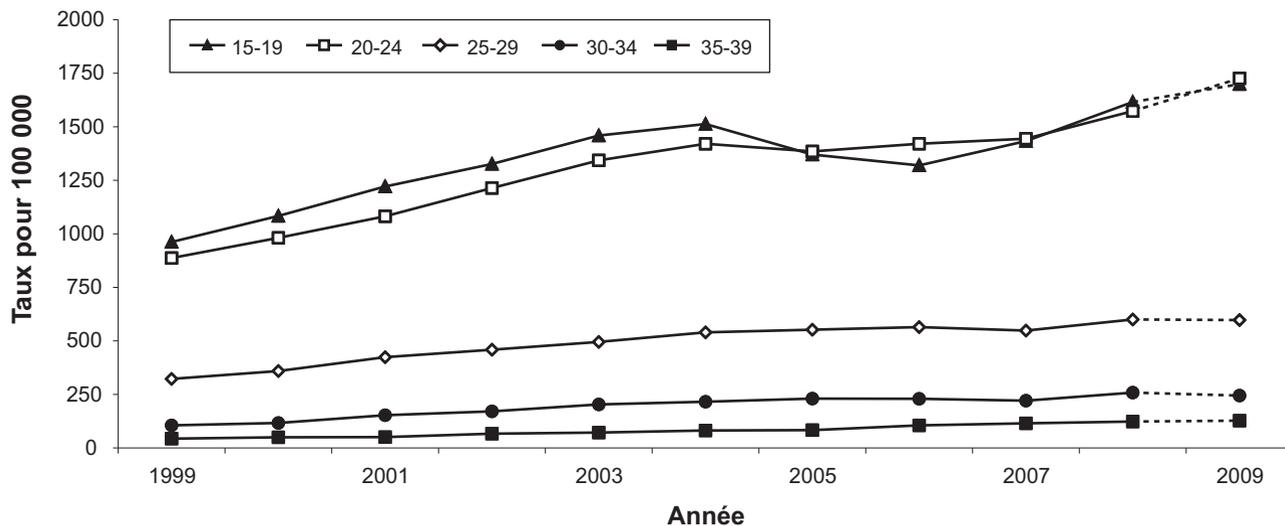
Infection génitale à *C. trachomatis*, taux d'incidence* de cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2008



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

* Taux pour 100 000 personnes-années.

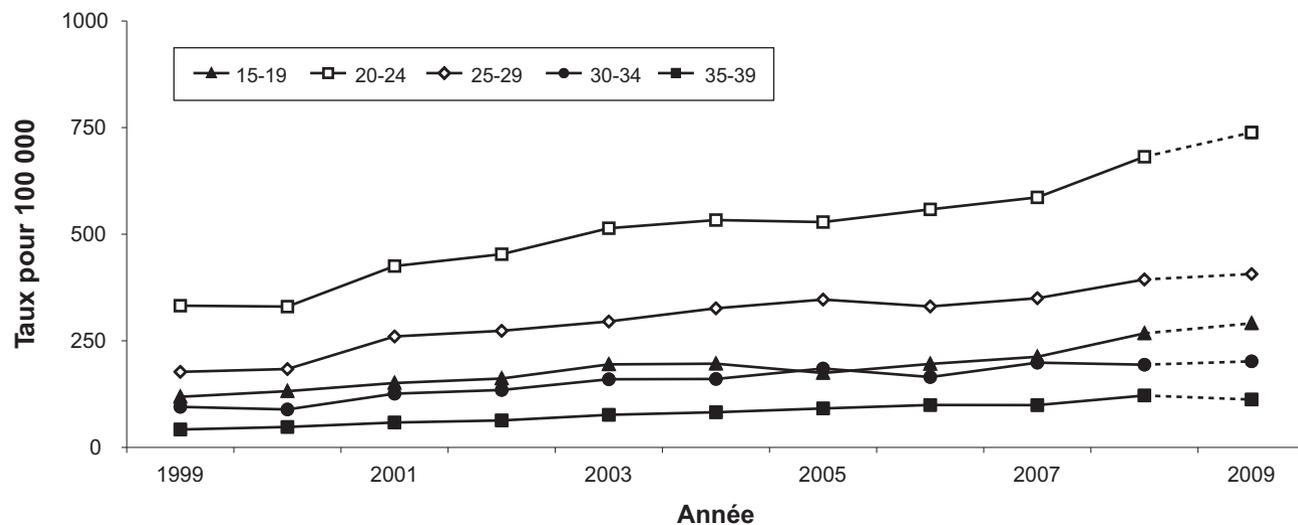
Infection génitale à *C. trachomatis*, taux d'incidence de cas déclarés pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 1999 à 2009*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années. Pour 2009, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

Infection génitale à *C. trachomatis*, taux d'incidence de cas déclarés pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, 1999 à 2009*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années. Pour 2009, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

INFECTION GONOCOCCIQUE

*La validation d'un cas repose sur la détection de *Neisseria gonorrhoeae* (isolement de *N. gonorrhoeae* par culture ou détection d'acides nucléiques).*

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 se stabiliser entre 2001 et 2004, et amorcer un nouveau cycle haussier en 2005. En 2008, 1 650 cas ont été déclarés (de 123 à 176 cas par période), pour un taux d'incidence de 21,5 pour 100 000. Le taux d'incidence a augmenté de 216 % entre 1998 et 2008 ; entre 2004, soit au début du nouveau cycle haussier, et 2008, il a augmenté de 95 %. La hausse a été de 17 % entre 2007 et 2008, et devrait être de 6 % entre 2008 et 2009, selon les données préliminaires. Parallèlement à cette évolution du nombre d'infections, le nombre de tests de détection de l'infection gonococcique effectués au Québec aurait augmenté de 18 % entre l'année 2004-2005 et l'année 2007-2008 (Couturier et coll., 2009).

Répartition selon le sexe et l'âge

Cette augmentation touche les hommes et les femmes. Cependant, entre 2004 et 2008, l'augmentation du nombre de cas déclarés a été 5,4 fois plus importante chez les femmes (+ 295 %) que chez les hommes (+ 52 %). En 2008, le ratio femmes/hommes est de 1 pour 1,8, alors qu'il était de 1 pour 4,6 en 2004 ; les femmes constituent 36 % des cas, comparativement à 18 % en 2004. Les femmes comptent pour 54 % de l'augmentation constatée entre 2004 et 2008.

Durant cette période, l'incidence a augmenté dans tous les groupes d'âge. Chez les femmes, l'augmentation a été particulièrement élevée dans le groupe des 20-24 ans, dont le taux d'incidence a quintuplé. En 2008, 69 % des cas féminins sont recensés dans le groupe des 15-24 ans (taux de 82 pour 100 000 chez les 15-19 ans et de 94 pour 100 000 chez les 20-24 ans), une proportion deux fois plus élevée que chez les hommes du même groupe d'âge (34 %). Dans ce groupe d'âge, les femmes constituent 53 % des cas en 2008, comparativement à 34 % en 2004.

Ce sont toutefois les hommes de 20-24 ans qui affichent le taux d'incidence le plus élevé d'infection gonococcique (114 pour 100 000, soit cinq fois plus que la population générale). Le taux d'incidence est plus élevé chez les hommes de tous les groupes d'âge, sauf celui des 15-19 ans. Chez les hommes, 7,8 % (soit 76) des infections déclarées en 2008 étaient localisées à la région rectale, alors que cette proportion était de 8,5 % en 2004.

Infection gonococcique, taux d'incidence de cas déclarés en 2008 et variation entre 2004-2008, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec

Groupe d'âge	Sexes réunis		Hommes		Femmes	
	Taux 2008	Variation 2004-2008	Taux 2008	Variation 2004-2008	Taux 2008	Variation 2004-2008
15-19 ans	57,4	198 %	34,4	123 %	81,5	249 %
20-24 ans	104,0	177 %	114,0	100 %	93,6	449 %
25-29 ans	58,2	113 %	85,6	88 %	29,3	265 %
Tous âges	21,5	96 %	27,8	52 %	15,3	295 %

Taux pour 100 000 personnes-années

En 2008, sept cas d'infection à *N. gonorrhoeae* ont été rapportés chez les 10-14 ans, cinq chez les 1-9 ans et aucun chez les moins de 1 an, des nombres de cas similaires à ceux des cinq dernières années.

Répartition géographique

En 2008, le Nunavik (191 cas déclarés) et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (29 cas) continuent d'afficher un taux d'incidence nettement supérieur à celui de l'ensemble du Québec, de 1 780 et 202 pour 100 000 respectivement.

Exception faite de ces deux régions, celle de Montréal affiche de loin le taux d'incidence le plus élevé, soit 43 pour 100 000, comparativement à un taux d'incidence de 14 pour 100 000 pour les quinze autres régions. La région de Montréal compte 50 % des cas déclarés en 2008 (comparativement à 67 % en 2004), alors qu'elle comprend environ 25 % de la population québécoise.

La région de Laval, qui avait connu une forte augmentation en 2007, se situe toujours au quatrième rang, avec un taux d'incidence de 21 pour 100 000 ; elle est suivie de l'Outaouais, de la Capitale-Nationale, de la Montérégie et de Lanaudière (incidence de 13 à 17 pour 100 000 dans ces régions).

Entre 2004 et 2008, le nombre de cas déclarés a augmenté d'au moins 20 % dans toutes les régions, sauf dans le Nord-du-Québec et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Au Nunavik, le nombre de cas est passé de 16 en 2004 à 191 en 2008 ; il a plus que triplé entre 2007 et 2008.

Chez les 15-24 ans, le nombre de cas déclarés annuellement a augmenté de 500 entre 2004 et 2008. Plus du tiers de cette augmentation, soit 36 %, est enregistré dans la région de Montréal. Les régions de la Capitale-Nationale, de l'Outaouais, de Laval, de Lanaudière et de la Montérégie réunies représentent également 36 % de l'augmentation, alors que le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James représentent 20 %. Les données préliminaires indiquent que par rapport à 2008, le taux d'incidence, en 2009, sera stationnaire dans les régions de Montréal et Laval, à la baisse dans la Capitale-Nationale, au Nunavik (de 10 %) et dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James (de 59 %), et à la hausse dans l'Outaouais (de 233 %) et les Laurentides (de 96 %).

Infection gonococcique, nombre et taux d'incidence de cas déclarés en 2008 chez les 15-24 ans et variation entre 2004-2008, selon le sexe, régions à taux d'incidence de 10 pour 100 000 ou plus en 2008, Québec

Région	Sexes réunis	Hommes			Femmes		
		2008		2004-2008	2008		2004-2008
		Taux	N	% variation du taux	N	Taux	% variation du taux
Nunavik	4 398,7	46	4 125,6	744,9 %	48	4 696,7	1 027,2 %
Terres-Cries-de-la-Baie-James	941,9	7	534,4	112,7 %	17	1 373,2	80,6 %
Montréal	143,6	157	133,2	40,3 %	179	154,1	269,8 %
Laval	107,6	19	80,3	129,3 %	31	135,8	2 845,5 %
Outaouais	65,5	5	20,7	-57,3 %	26	112,0	707,1 %
Capitale-Nationale	59,6	26	65,2	289,2 %	21	53,9	2 103,8 %
Montérégie	48,8	36	39,2	134,7 %	51	58,9	349,0 %
Lanaudière	55,2	19	65,1	794,4 %	12	44,4	270,6 %
Province	80,1	362	73,2	96,4 %	412	87,4	335,8 %

Facteurs d'exposition

Selon la dernière enquête provinciale réalisée dans le cadre de la surveillance des infections gonococciques, de juin 2005 à mai 2006, (n = 610 cas), 60 % des cas masculins d'infection gonococcique sont des HARSAH, alors que ceux-ci représenteraient 5 % des hommes ayant déjà eu des relations sexuelles.

Souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes aux antibiotiques

1. Fluoroquinolones (ciprofloxacine, ofloxacine)

Au Québec, la première souche de *N. gonorrhoeae* résistante à la ciprofloxacine a été identifiée en 1995. La proportion de souches résistantes à cet antibiotique a augmenté rapidement entre 2000 et 2006, passant de 0,6 % à 30,2 % durant cette période. Elle a descendu à 27,3 % en 2007, puis à 11,7 % en 2008. Cette diminution de la résistance est possiblement reliée à une diminution de l'usage des fluoroquinolones dans le traitement de l'infection gonococcique. Depuis 1998 et encore maintenant, le traitement de première intention pour les infections gonococciques urétrales, endocervicales et rectales est la céfixime. Les fluoroquinolones (ciprofloxacine, ofloxacine) ne sont toujours pas recommandées au Québec puisque le taux de résistance à la ciprofloxacine dépasse le seuil acceptable, fixé entre 3 et 5 %.

2. Céphalosporines (ceftriaxone, céfixime)

Toutes les souches analysées au LSPQ depuis l'implantation du programme de surveillance étaient sensibles à la ceftriaxone. Des souches sensibles à la ceftriaxone mais résistantes à la céfixime ont été identifiées en Asie. À compter de janvier 2010, le LSPQ testera de façon spécifique la résistance des souches de *N. gonorrhoeae* à la céfixime.

3. Macrolides (azythromycine)

Depuis avril 2008, les souches reçues au LSPQ sont testées pour la sensibilité à l'azythromycine. Toutes les souches testées se sont révélées sensibles à cet antibiotique. Des souches manifestant une concentration minimale inhibitrice élevée (1 mg/L ou plus) à l'azythromycine ont été identifiées aux États-Unis en 2005 et au Royaume-Uni en 2006.

Source : Jetté et coll., 2009

Notes :

Le dénominateur utilisé dans le calcul de la proportion des souches résistantes 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 technique d'amplification des acides nucléiques (TAAN), laquelle ne peut mettre en évidence la résistance aux antibiotiques. Dans certaines régions, pratiquement toutes les épreuves effectuées sont des TAAN ; l'évolution de la résistance est donc impossible à apprécier. Au Québec, en 2008, la proportion de cas détectés uniquement par une TAAN était de 45 % alors qu'en 2004, elle était de 24 %.

En 2005, parmi les 111 laboratoires de première ligne qui faisaient la mise en culture des échantillons, 44 faisaient leurs propres antibiogrammes. La quasi-totalité d'entre eux évaluaient la résistance de la souche à la ceftriaxone, à la céfixime ou à la céfotaxime. Parmi les laboratoires qui ne faisaient pas d'antibiogrammes, la grande majorité acheminaient les souches à un autre laboratoire, dont le LSPQ.

Source : Comité d'assurance qualité en microbiologie, 2006

Souches de *Neisseria gonorrhoeae* non productrices de proline iminopeptidase

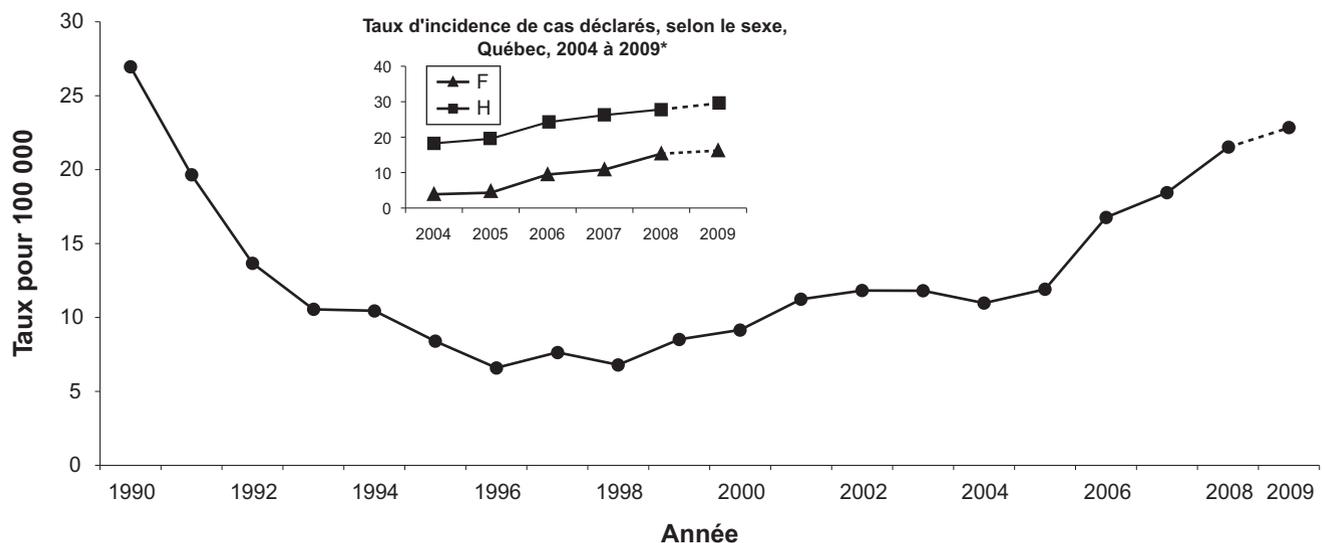
L'une des méthodes maintenant courantes pour identifier *N. gonorrhoeae* consiste à détecter, au moyen d'une trousse biochimique commerciale, l'enzyme proline iminopeptidase (PIP), censément présente dans toutes les souches. Or, depuis le début des années 2000, l'émergence de souches de *N. gonorrhoeae* déficientes pour l'activité de la PIP a été constatée dans plusieurs régions du globe, dont l'Australie, le Danemark, l'Écosse et la Nouvelle-Zélande. La présence de souches PIP négatives peut entraîner des résultats faussement négatifs

lorsqu'une trousse biochimique commerciale est utilisée comme méthode d'identification de *N. gonorrhoeae*. Le LSPQ a entrepris une étude afin de mesurer la prévalence des souches de *N. gonorrhoeae* PIP déficientes au Québec. Des souches de trois centres hospitaliers ont été analysées à l'aide des troupes Rapid NH, Gonocheck II et API-NH, trois troupes commerciales qui comprennent la détection de la proline iminopeptidase dans leur tableau de réactions biochimiques. Sur les 250 souches analysées, 249 ont été identifiées correctement par les 3 troupes. Une seule souche s'est révélée déficiente en enzyme PIP. Son profil correspondait à *Kingella kingae* avec la trousse Rapid NH, à *Branhamella catarrhalis* avec la trousse Gonocheck II et à *N. gonorrhoeae* dans une probabilité de 94,6 % avec la trousse API-NH. Les trois manufacturiers précisait cependant d'effectuer des analyses complémentaires en présence de cocci à Gram négatif et oxydase positive trouvés PIP négatifs. Cette souche a été confirmée *N. gonorrhoeae* au LSPQ. L'analyse de la séquence du gène *pip* de cette souche a été entreprise afin de déterminer les similitudes avec les souches PIP négatives isolées ailleurs dans le monde. Le projet se poursuit en 2009, en collaboration avec les mêmes centres hospitaliers qu'en 2008, afin de surveiller la nature et l'ampleur du phénomène.

Source : Jetté, Lefebvre et coll., 2009

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 ulcéraires, augmente la contagiosité des personnes infectées par le VIH et la réceptivité au VIH des personnes qui ne sont pas infectées. L'infection gonococcique devient une porte d'entrée et de transmission de l'infection par le VIH.

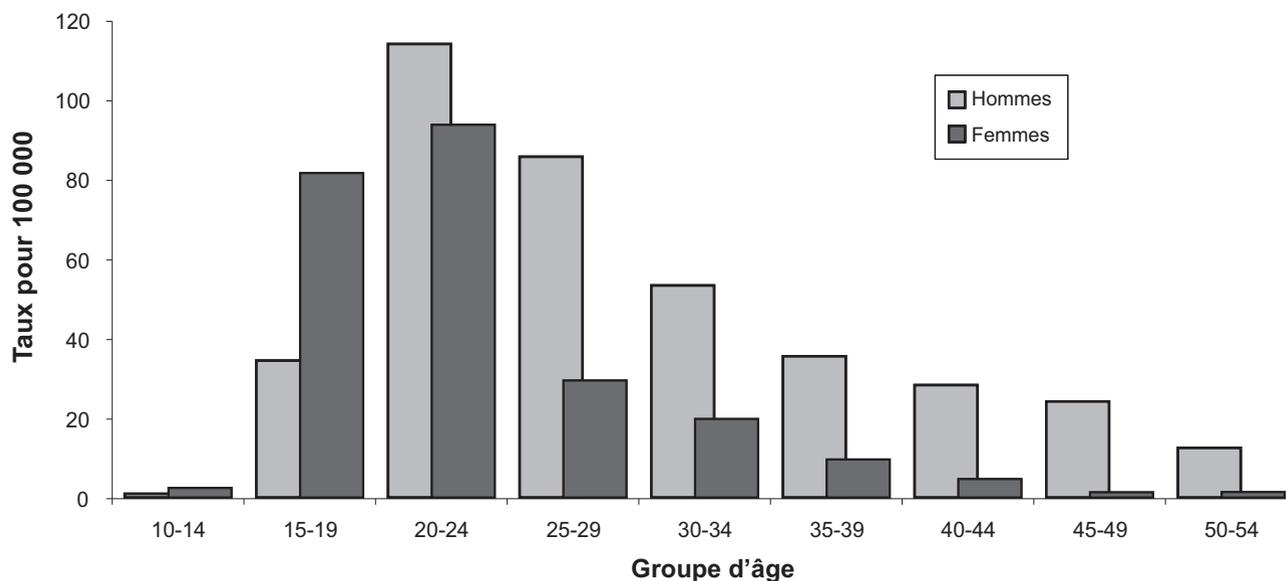
Infection gonococcique, taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années. Pour 2009, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

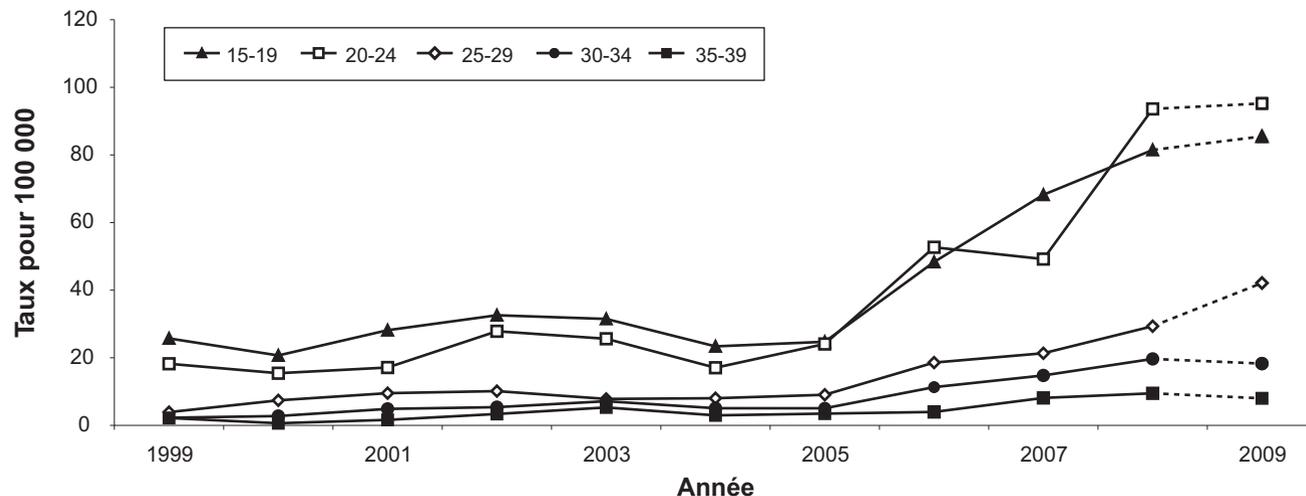
Infection gonococcique, taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2008*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années.

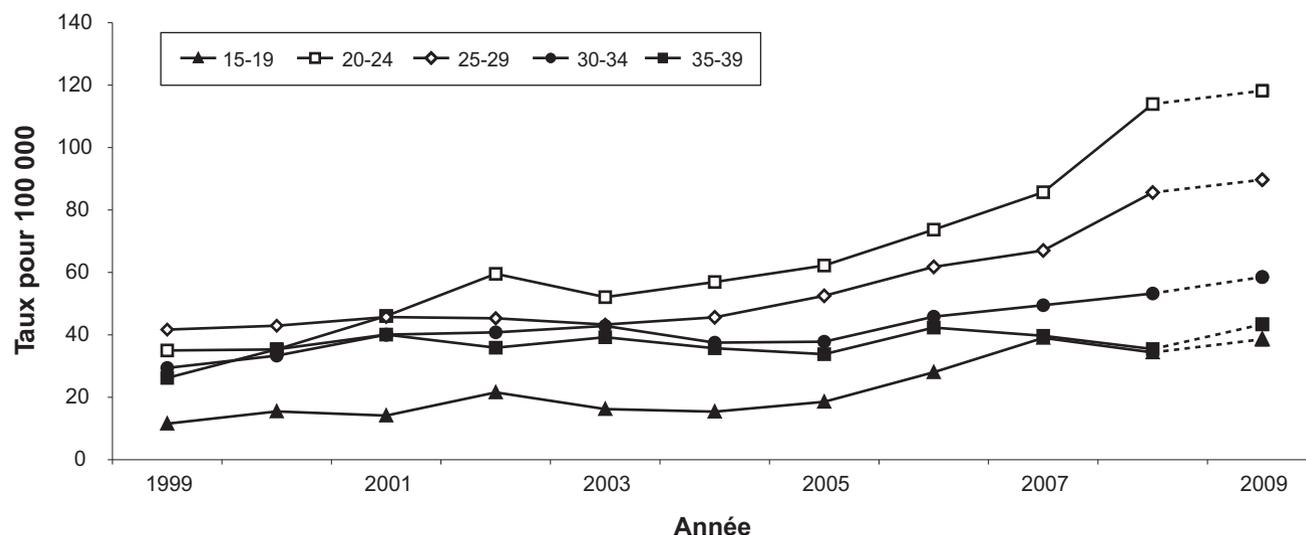
Infection gonococcique, taux d'incidence de cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 1999 à 2009*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années. Pour 2009, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

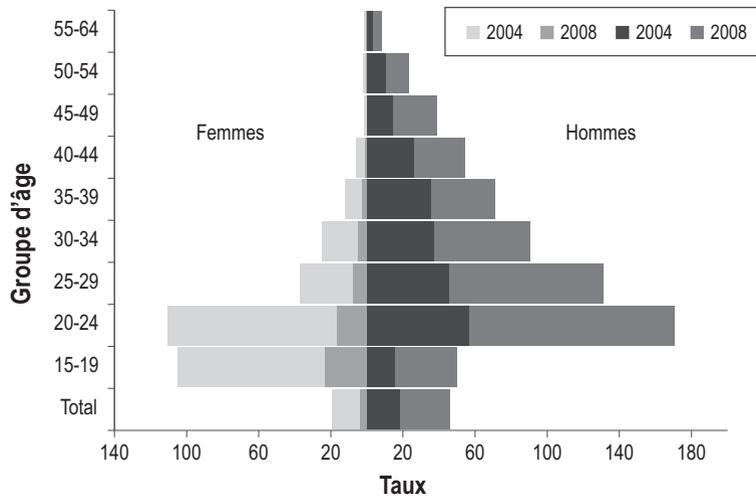
Infection gonococcique, taux d'incidence de cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, 1999 à 2009*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années. Pour 2009, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

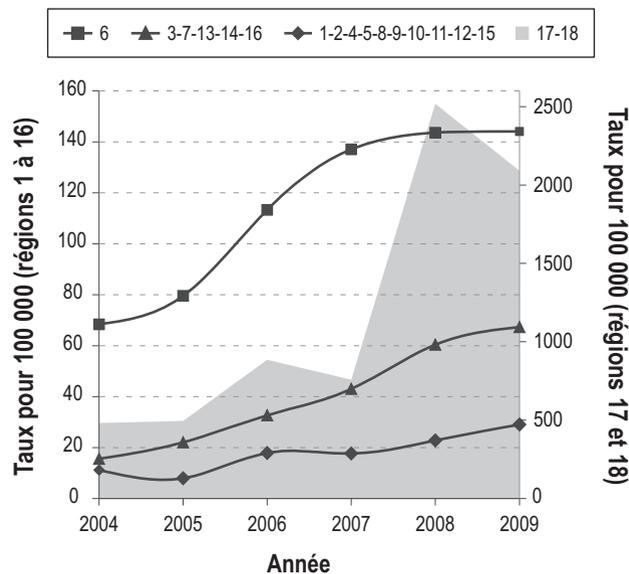
Infection gonococcique, taux d'incidence de cas déclarés, selon certains groupes d'âge et le sexe, Québec, 2004 et 2008*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années.

Infection gonococcique, taux d'incidence de cas déclarés, chez les 15-24 ans, régions regroupées, Québec, 2004 à 2009*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années. Pour 2009, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

HÉPATITE B

L'hépatite B est 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.

Situation générale

Hépatite B tous stades. En 2008, on recense au total 1 003 cas d'hépatite B (taux de cas déclarés de 13,1 pour 100 000), soit 47 hépatites B aiguës (0,6 cas pour 100 000), 647 hépatites B chroniques (8,4 cas pour 100 000) et 309 hépatites B sans précision (4 cas pour 100 000). Entre 65 et 95 cas ont été déclarés par période. En quinze ans, le taux de cas déclarés a diminué de 54 %. Le rythme de diminution a ralenti au cours des cinq dernières années : le taux de cas déclarés a baissé de 15,5 % entre 2004 et 2008, et a plafonné entre 2007 et 2008. Toutefois, les données préliminaires montrent que le taux chutera de 26 % en 2009.

Hépatite B aiguë. Entre 1992 et 2005, le taux de cas déclarés de l'hépatite B aiguë est passé de 6,5 à 0,6 pour 100 000, soit une diminution de 90 %. Ce plancher se maintient depuis. En 2008, on compte donc presque dix fois moins de cas déclarés d'hépatite B aiguë qu'en 1992. Selon les données préliminaires, l'incidence devrait être de 0,3 pour 100 000 en 2009, ce qui confirme la régression de cette infection.

Répartition selon le sexe et l'âge

Hépatite B tous stades. Les taux de cas déclarés 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 2008, le taux de cas déclarés est de 15,4 pour 100 000 chez les hommes contre 10,6 chez les femmes ; les hommes représentent 81 % des cas aigus, 58 % des cas chroniques et 57 % des cas de stade non précisé. Chez les hommes, le groupe des 30-44 ans accuse le taux le plus élevé (26 pour 100 000), alors que chez les femmes, le groupe des 30-34 ans est nettement le plus touché (34 pour 100 000).

Hépatite B aiguë. 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 d'hépatite B aiguë les plus élevés. Aujourd'hui, les différences entre les groupes d'âges se sont estompées.

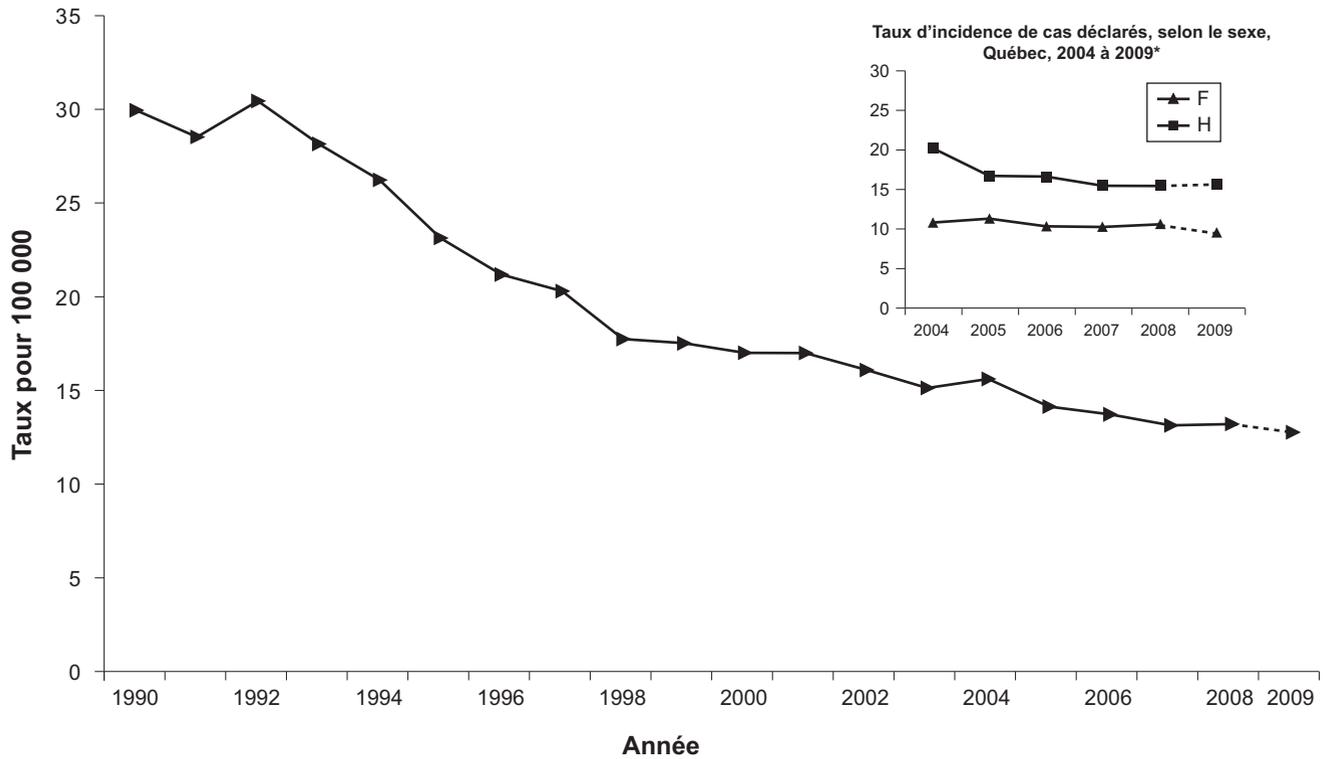
En 2008, un cas d'hépatite B aiguë a été rapporté chez un enfant de moins de 1 an.

Distribution géographique

Encore en 2008, la région de Montréal enregistre le taux le plus élevé de cas déclarés d'hépatite B, soit 32,4 pour 100 000. Elle est suivie des régions de l'Outaouais (12,5 pour 100 000), de Laval (10,4 pour 100 000), de la Capitale-Nationale (8,9 pour 100 000), de la Montérégie (8 pour 100 000) et de l'Estrie (7,2 pour 100 000).

Entre 5 et 10 % des personnes infectées par le virus de l'hépatite B deviendront des porteurs chroniques. Et parmi ces derniers, environ le quart développeront une cirrhose ou un cancer du foie. Par ailleurs, la surinfection par le virus de l'hépatite D (VHD) contribue à une évolution vers la cirrhose chronique. Le VHD est un virus défectif qui ne peut se reproduire qu'en présence du VHB.

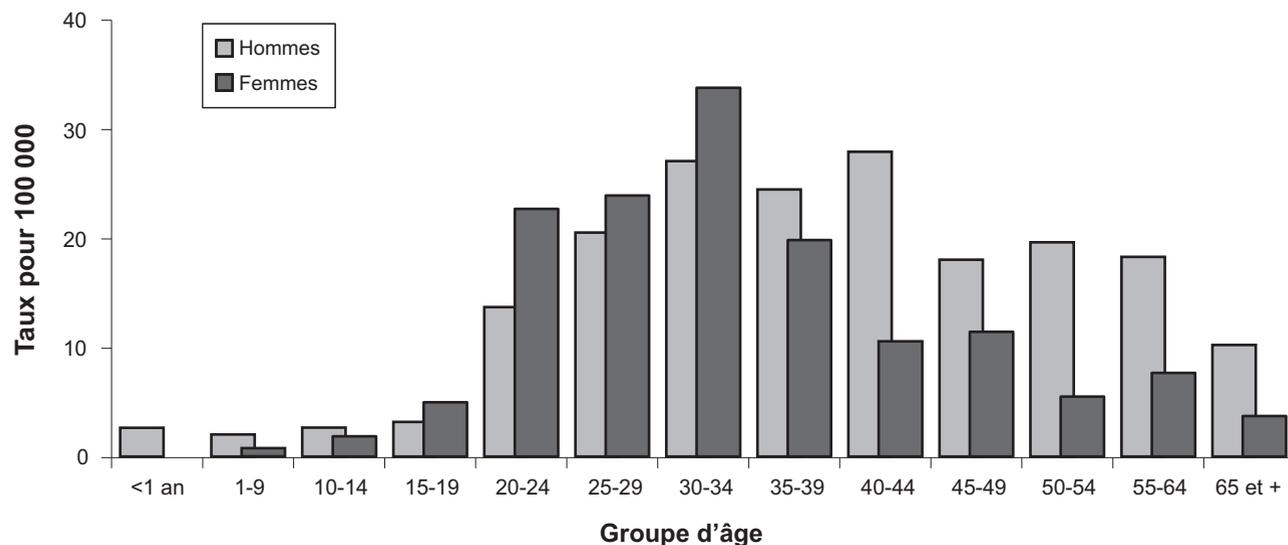
Hépatite B, taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années. Pour 2009, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009). Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

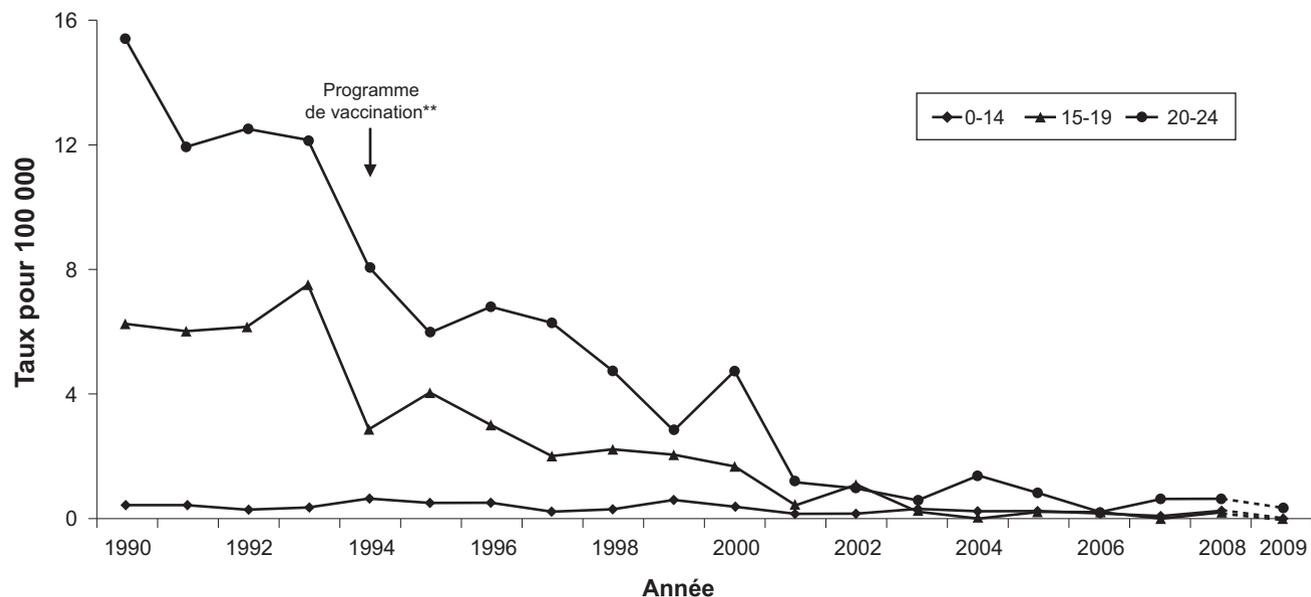
Hépatite B*, taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2008



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

* Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

Hépatite B aiguë, taux d'incidence de cas déclarés, jeunes de moins de 25 ans, Québec, 1990 à 2009*

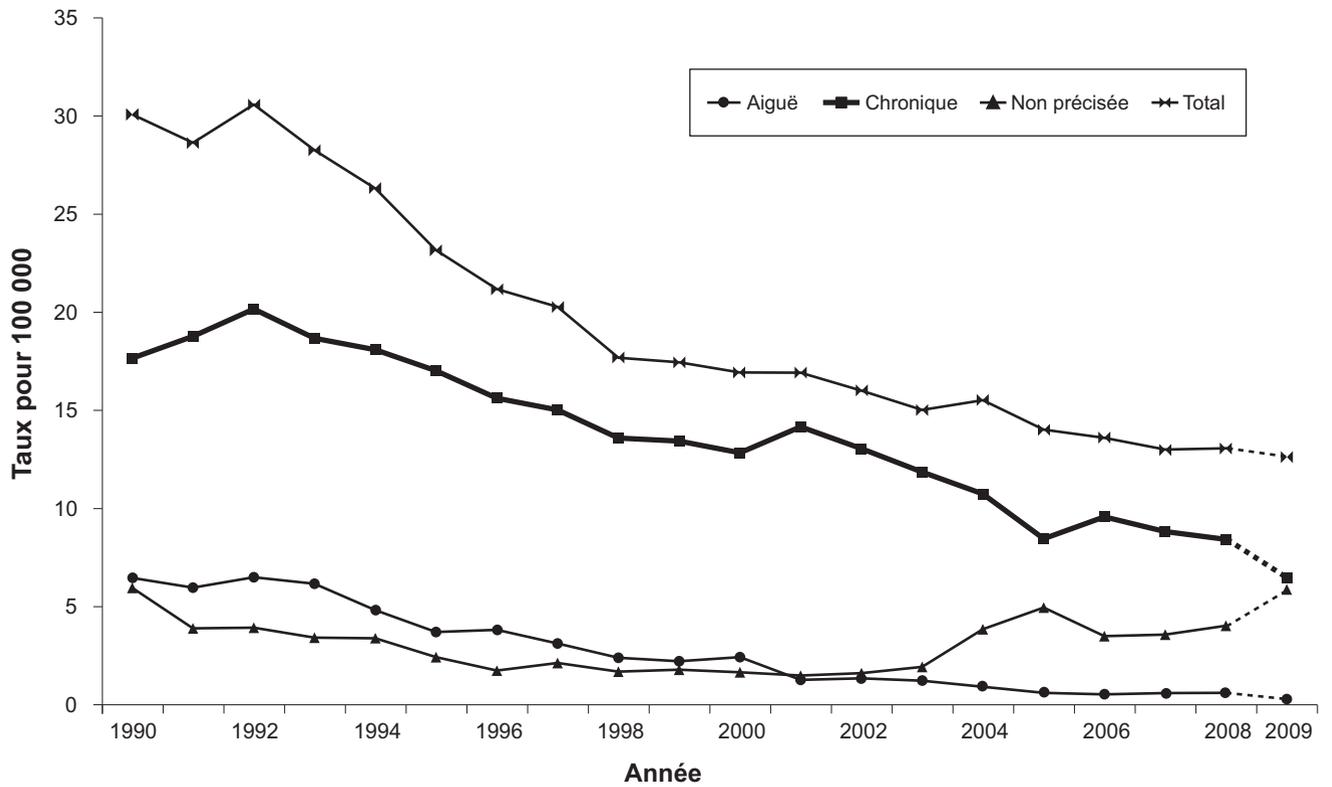


Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

* Taux pour 100 000 personnes-années. Pour 2009, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

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

Hépatite B aiguë, chronique et non précisée, taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années. Pour 2009, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

HÉPATITE C

L'hépatite C est une infection à déclaration obligatoire par les médecins et les laboratoires depuis avril 2002. Les cas d'hépatite C sont déclarés à titre d'infection aiguë ou de stade non précisé. Les cas aigus ne sont pas aisément détectés car moins de 25 % des infections sont symptomatiques et les symptômes, lorsque présents, sont souvent frustes et atypiques et ne mènent pas à une consultation médicale. Par ailleurs, il n'existe pas de test permettant de distinguer une infection aiguë d'une infection chronique. On peut reconnaître un cas aigu si on documente une séroconversion en effectuant des tests répétés ; toutefois, selon la définition nosologique de cas aigu actuellement en vigueur au Québec, la séroconversion doit se produire dans les six mois suivant le test précédemment négatif. Un cas testé séropositif, mais dont on ignore le moment de la séroconversion, ne sera pas comptabilisé parmi les cas aigus. Par défaut, les cas qui ne répondent pas aux critères de cas aigus sont classifiés comme « non précisés ». La grande majorité des cas détectés et déclarés sont des personnes ayant acquis l'infection dans le passé ; il est donc difficile d'interpréter l'évolution épidémiologique de cette infection.

Situation générale

En 2008, 9 cas d'hépatite C aiguë et 1 893 cas d'hépatite C de stade non précisé ont été déclarés, pour un total de 1 902 cas (taux brut de cas déclarés : 24,8 par 100 000 ; de 124 à 175 cas déclarés par période). Après une augmentation entre 1996 et 2002, sans doute attribuable principalement à l'intensification du dépistage de l'hépatite C chez les personnes ayant reçu une transfusion de produits sanguins avant 1992, l'infection est entrée dans un cycle baissier qui semble atteindre un certain plancher en 2008 et 2009.

Entre 1991 et 2008, près de 32 000 cas ont été déclarés au Québec. L'hépatite C évolue de façon chronique chez 80 % des personnes infectées.

Répartition selon le sexe et l'âge

La baisse d'incidence constatée depuis 2003 est similaire pour les deux sexes et pour tous les groupes d'âge. En 2008, on constate une légère augmentation par rapport à 2007 chez les hommes âgés de 45 à 64 ans. Les hommes représentent 68 % des cas déclarés. Chez les hommes, les 40-54 ans sont les plus touchés (taux variant entre 65 et 83 pour 100 000) alors que chez les femmes, ce sont les 35-49 ans (taux variant entre 26 et 29 pour 100 000).

En 2008, trois cas d'hépatite C ont été rapportés chez des enfants de moins de 1 an.

Distribution géographique

En 2008, 45 % des cas de la province ont été déclarés dans la région de Montréal, qui affiche aussi le taux le plus élevé de cas déclarés au Québec, 45 pour 100 000, comparativement à un taux moyen de 18 pour 100 000 pour l'ensemble des autres régions. Elle est suivie des régions de l'Abitibi-Témiscamingue, des Laurentides, de l'Outaouais, de la Capitale-Nationale et de l'Estrie, dont les taux se situent entre 22 et 34 pour 100 000.

Facteurs d'exposition

Depuis 1992, grâce au dépistage systématique des produits sanguins, le risque de contracter l'hépatite C à la suite de transfusions ou de greffes n'existe pratiquement plus. L'infection touche principalement les utilisateurs de drogues par injection, actuels et passés ; 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).

Parmi les 2 482 cas aigus et de stade non précisé qui ont fait l'objet d'une enquête épidémiologique dans le cadre de la surveillance provinciale de l'hépatite C réalisée entre 2002 et 2004, 78 % s'étaient déjà injecté des drogues (Allard et coll., 2008). D'après les données recueillies dans le cadre de la surveillance de l'hépatite C réalisée à Montréal entre 2004 et 2008, 80 % des cas aigus s'étaient déjà injecté des drogues (Jochem et coll., 2009). Selon une étude pancanadienne de modélisation, environ 60 % des cas prévalents de VHC en 2007 étaient d'anciens UDI (Remis et coll., 2009).

Depuis 2004, la Direction de santé publique de Montréal participe à un projet de surveillance accrue des hépatites mené par l'Agence de la santé publique du Canada. Les enquêtes épidémiologiques sont réalisées auprès des personnes nouvellement diagnostiquées et de leur médecin traitant. Le fait d'avoir recours à ces deux sources augmente la qualité des données (notamment en ce qui a trait à l'application de la définition nosologique de cas aigu).

Dans les deux tableaux suivants, les facteurs de risque sont présentés d'abord pour les cas chroniques et les cas de stade non précisé, puis pour les cas aigus (cas présentant un tableau clinique compatible avec une infection aiguë ou une séroconversion documentée dans les six mois).

Facteurs de risque chez des cas d'hépatite C de stade non précisé nouvellement déclarés, Montréal, janvier 2006 à décembre 2008 (données provisoires)

Facteur de risque ¹	Hommes (n = 713)		Femmes (n = 388)		Total (n = 1 101)	
	N	%	N	%	N	%
1. Injection de drogue à vie	378	53,0	135	34,8	513	46,6
2. Réception de produits sanguins avant 1990	29	4,1	30	7,7	59	5,4
3. Naissance dans un pays à risque élevé de VHC²	173	24,3	150	38,7	323	29,3
4. Autres facteurs³	96	13,5	54	13,9	150	13,6
<i>Utilisation de drogue non injectable⁴</i>	72	10,1	18	4,6	90	8,2
<i>Contact sexuel avec un cas de VHC⁵</i>	10	1,4	9	2,3	19	1,7
<i>Hémodialyse</i>	1	0,1	1	0,3	2	0,2
<i>Transplantation</i>	1	0,1	1	0,3	2	0,2
<i>Tatouage ou « piercing »⁶</i>	47	6,6	41	10,6	88	8,0
<i>Incarcération⁷</i>	35	4,9	7	1,8	42	3,8
5. Identification d'aucun des facteurs précédents	37	5,2	19	4,9	56	5,1

1. La hiérarchisation des facteurs de risque suit l'ordre de présentation dans le tableau.
2. Pour quelques pays européens, les cas nés avant 1950 ont été classés dans cette catégorie.
3. Non mutuellement exclusif ; 1 à 4 facteurs de risque identifiés.
4. Le seul facteur identifié chez 36 cas (3,3 %).
5. Le seul facteur identifié chez 5 cas (0,5 %).
6. Le seul facteur identifié chez 38 cas (3,5 %).
7. Le seul facteur identifié chez 6 cas (0,5 %).

Source : Groupe de recherche et surveillance en ITSS, Bureau de surveillance épidémiologique, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

**Facteurs de risque chez des cas d'hépatite C aiguë nouvellement déclarés, Montréal,
janvier 2004 à décembre 2008 (données provisoires)**

Facteur de risque ¹	Hommes (n = 44)		Femmes (n = 23)		Total (n = 67)	
	N	%	N	%	N	%
1. Consommation de drogue par injection au cours des 6 derniers mois	33	75,0	13	56,5	46	68,7
2. Consommation de drogue par inhalation, reniflement ou aspiration de fumée au cours des 6 derniers mois	5	11,4	2	8,7	7	10,4
3. Autres facteurs²	6	13,6	8	34,8	14	20,3
<i>Consommation de drogue, par injection ou non (à vie)</i>	5	11,4	5	21,7	10	14,9
<i>Contact sexuel avec un cas de VHC (à vie)</i>	1	2,3	4	17,4	5	7,5
<i>Tatouage ou « piercing »³</i>	5	11,4	5	21,7	10	14,9
<i>Incarcération</i>	4	9,1	3	13,0	7	10,4
4. Identification d'aucun des facteurs précédents	0	0,0	0	0,0	0	0,0

1. La hiérarchisation des facteurs de risque suit l'ordre de présentation dans le tableau.

2. Non mutuellement exclusif ; 1 à 4 facteurs de risque identifiés.

3. Le seul facteur identifié chez 4 cas (6,0%).

Source : Groupe de recherche et surveillance en ITSS, Bureau de surveillance épidémiologique, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Selon une étude québécoise réalisée à partir de données obtenues auprès des patients des cliniques externes d'hôpitaux sentinelles, la prévalence de l'hépatite C au sein de la population générale était, entre 1990 et 1992, de 0,8% à l'échelle de la province et de 1,5% à Montréal (Joly et coll., 1998 cité dans Remis et coll., 1998). Il s'agit de la seule étude populationnelle dont on dispose à l'heure actuelle au Canada. Par comparaison, Remis et ses collaborateurs, dans leur étude de modélisation déjà citée, ont estimé qu'en 2007, la prévalence de l'hépatite C dans la population générale était de 0,78% au Canada et de 0,49% au Québec.

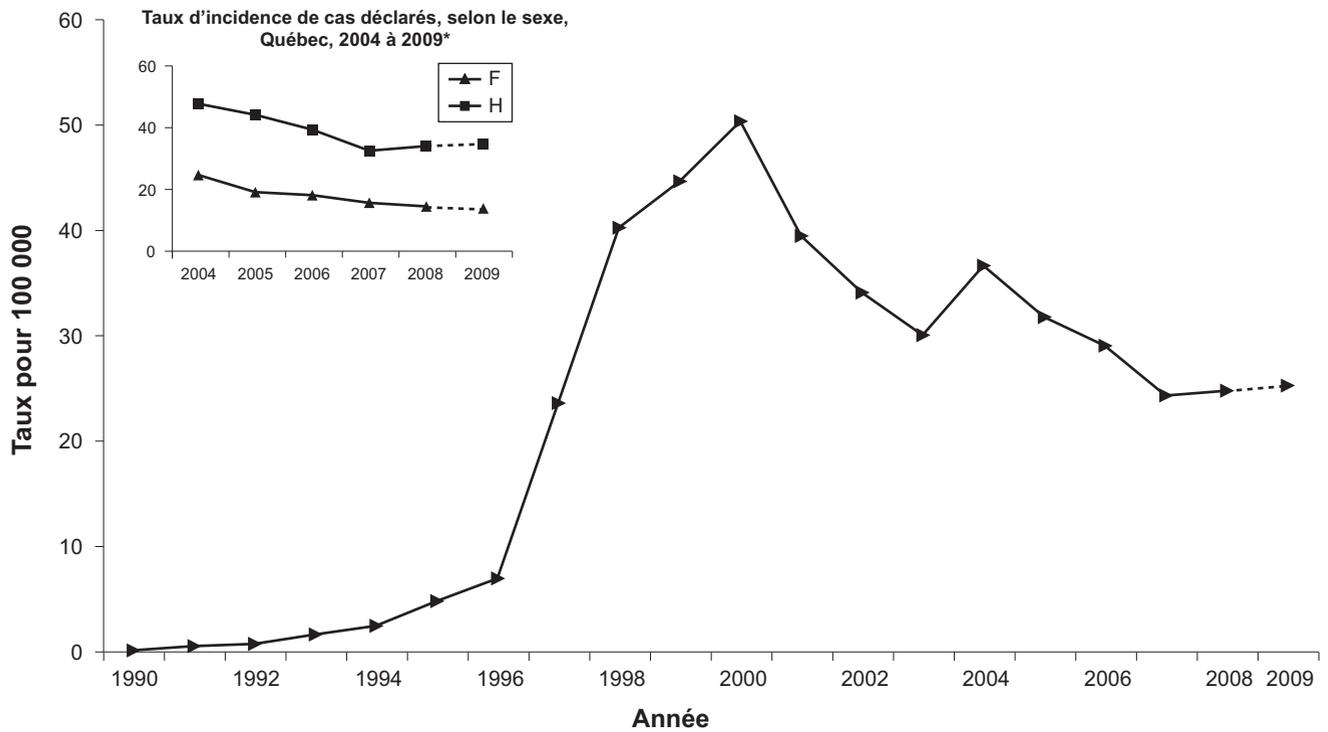
Dans le tableau ci-dessous sont présentés des résultats d'études épidémiologiques portant sur l'infection par le virus de l'hépatite C au sein de diverses populations québécoises. Ces résultats sont regroupés à l'annexe 4.

Population	Période de collecte	Prévalence VHC (%)
UDI (province de Québec)	2003-2008	63,0
Personnes incarcérées dans les établissements de compétence provinciale (UDI et non UDI amalgamés)	2003	18,5
Jeunes de la rue (Montréal) (UDI et non UDI amalgamés)	2001-2004	14,0
HARSAH (province de Québec) (UDI et non UDI amalgamés)	2008	5,4

Selon les données recueillies par le réseau de surveillance SurvUDI entre 2003 et le 30 juin 2008, 63% des UDI étaient infectés par le VHC. La prévalence du VHC s'élevait à 41% chez les 20-24 ans et atteignait 76% chez les 40 ans ou plus ; elle était de 65% en milieu urbain et de 53% en milieu semi-urbain. Le taux d'incidence était de 27 pour 100 personnes-années, ce qui signifie que chaque année, un peu plus du quart des UDI non infectés contractent l'hépatite C. Parmi les UDI infectés par le VHC, 21% sont également infectés par le VIH.

Environ 80 % des personnes infectées par le virus de l'hépatite C souffriront d'une hépatite chronique. Sans traitement, environ 20 % des cas d'hépatite chronique développeront une cirrhose, et 10 à 20 % des cas de cirrhose développeront un cancer primaire du foie. Selon le génotype en cause et le moment de l'amorce du traitement, le VHC pourrait être éradiqué chez 40 à 90 % des personnes qui reçoivent un traitement antiviral (Pinette, Cox et coll., 2009, Sherman et coll., 2007).

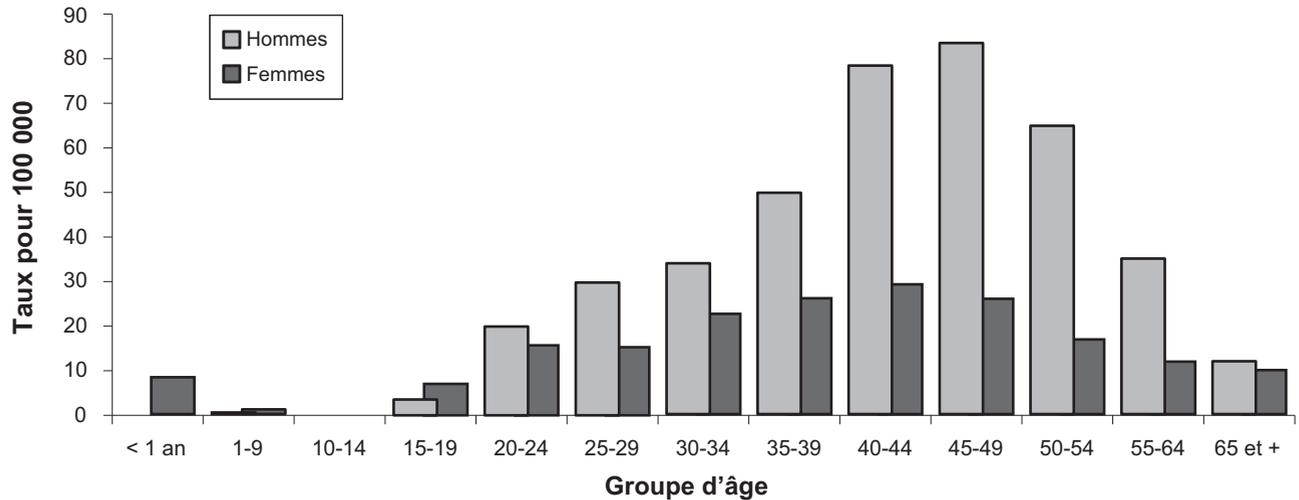
Hépatite C, taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années. Pour 2009, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

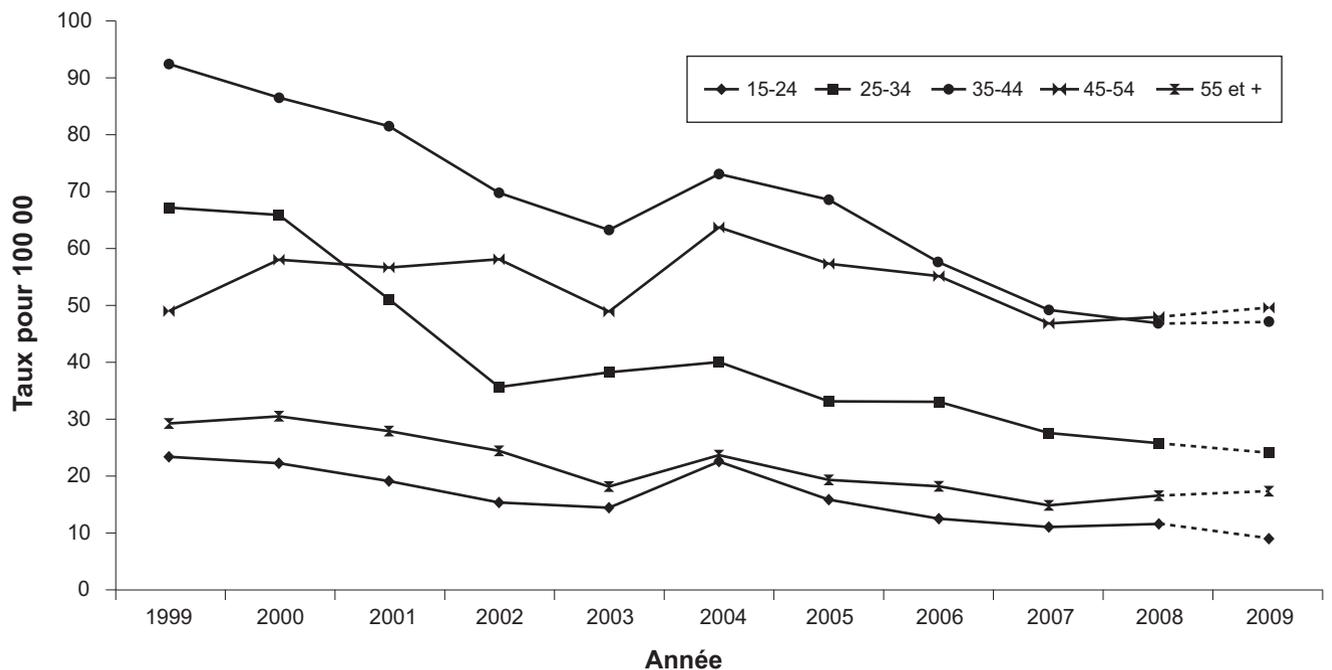
Hépatite C, taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2008*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années.

Hépatite C, taux d'incidence de cas déclarés, pour certains groupes d'âge, Québec, 1999 à 2009*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années. Pour 2009, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

*La validation d'un cas repose sur la présence de manifestations cliniques (rectite, lymphadénopathie inguinale ou fémorale) ou des antécédents de contact sexuel avec un cas confirmé de lymphogranulomatose vénérienne ainsi que sur un résultat positif à un test de détection (isolement de *Chlamydia trachomatis*, technique d'amplification génique, épreuve de microimmunofluorescence ou épreuve de fixation du complément) et une confirmation par séquençage de l'ADN ou par cartographie différentielle de restriction d'un des sérotypes responsables de la LGV (L1, L2 ou L3).*

Situation générale

La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est une infection transmissible sexuellement causée par les sérotypes L1, L2 et L3 de *C. trachomatis*. Contrairement aux sérotypes A à K, les sérotypes de la LGV sont invasifs. La LGV a été décrite formellement pour la première fois en 1900. Elle est endémique dans divers pays 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, 9 en 2007 et 9 en 2008. En 2009, après les huit premières périodes de l'année, aucun cas n'a été déclaré.

Entre 2003 et 2008, 89 cas de LGV ont été déclarés au fichier provincial MADO ; environ 40 % d'entre eux 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 selon le sexe et l'âge

Quatre-vingt-huit des 89 cas déclarés entre 2003 et 2008 sont masculins, et 71 % ont entre 30 et 49 ans. Le cas féminin appartient au groupe d'âge des 20-24 ans. On ne compte aucun cas de moins de 20 ans.

Distribution géographique

La région de Montréal regroupe 84 % des cas déclarés entre 2003 et 2008. Au cours de cette période, six autres régions ont déclaré chacune entre un et trois cas.

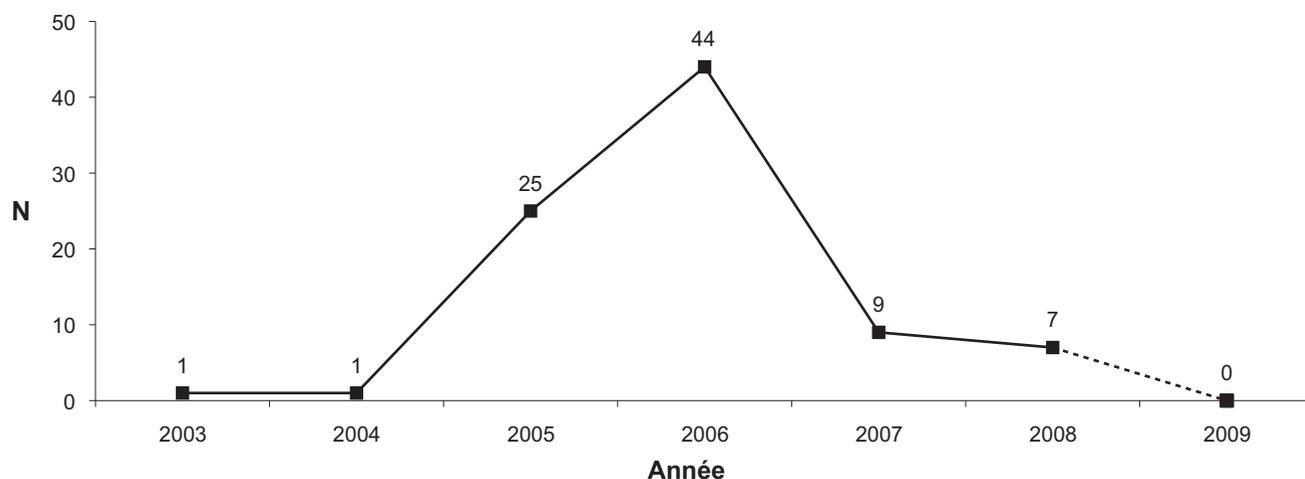
Facteurs d'exposition

Selon les enquêtes réalisées à Montréal entre 2003 et 2008 dans le cadre de la surveillance de la LGV (données montréalaises, 2003-2008, n = 75), tous les cas enregistrés dans cette région sont des HARSAH. De ces enquêtes, on peut par ailleurs dégager les constats suivants (les cas pour lesquels la donnée était manquante sont exclus du calcul des proportions) :

- 88 % des cas de LGV avaient déjà eu une ITSS, 41 % avaient déjà contracté la syphilis et au moins 56 % étaient infectés par le VIH ;
- 65 % avaient eu des relations sexuelles dans un sauna au cours de la période d'incubation ;
- 21 % avaient eu des relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec ;
- 20 % avaient consommé de la cocaïne, de l'héroïne, de l'ecstasy ou de la mescaline au moins une fois au cours des douze mois précédant l'apparition des symptômes ;
- aucun cas n'avait reçu ou donné d'argent en échange de relations sexuelles au cours des douze mois précédant 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.

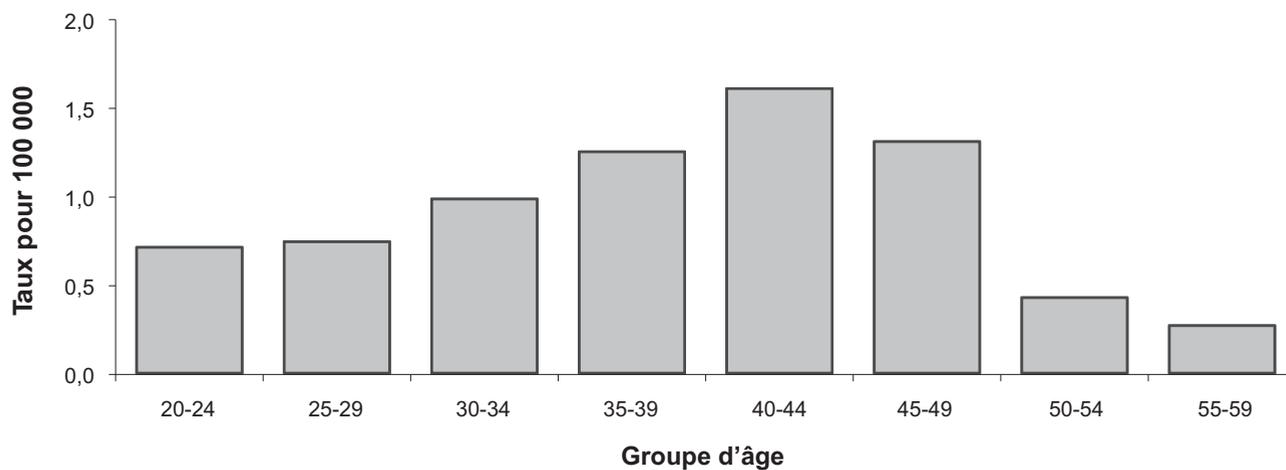
Lymphogranulomatose vénérienne, nombre de cas déclarés, hommes, Québec, 2003 à 2009*



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

* Pour 2009, il s'agit du nombre de cas projetés à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

Lymphogranulomatose vénérienne, taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005-2008*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années.

SYPHILIS

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 forte. Le tableau clinique joue un rôle majeur dans la détermination du stade de la syphilis.

Situation générale

Entre 1984 et 1995, le nombre annuel de déclarations de syphilis infectieuse est passé de 355 à 10, pour descendre à un plancher de 3 en 1998 (taux de cas déclarés inférieur à 0,1 pour 100 000). 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 à un rythme rapide et soutenu, si bien qu'en 2006, la syphilis infectieuse était revenue à son niveau de 1984. Après six années de hausse, le nombre de cas de syphilis infectieuse était passé d'environ un par mois en 2001 à un par jour en 2006.

Après une baisse de 35 % en 2007, on constate en 2008 un retour à la situation de 2006. En 2008, 369 cas ont été déclarés (115 syphilis primaires, 162 syphilis secondaires et 92 syphilis latentes précoces), pour un taux de 4,8 pour 100 000 (de 19 à 36 cas par période). Les données des huit premières périodes de 2009 laissent présager la déclaration d'environ 310 cas, soit une baisse de 16 % par rapport à 2008. Depuis le début de l'épidémie, en 2000, jusqu'à la fin de 2008, 1 714 cas de syphilis infectieuse ont été validés 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 qui visent entre autres à déterminer le stade de l'infection, varient selon les priorités régionales ; ainsi des syphilis en phase infectieuse peuvent ne pas être reconnues. Les tests de confirmation de la tréponématose effectués au LSPQ constituent un autre indicateur de la situation de la syphilis. Le nombre de tréponématoses confirmées au LSPQ et présentant un titre de 1 : 8 ou plus à un test non tréponémique (un titre plus compatible avec une syphilis en phase infectieuse) a baissé de 13 % en 2007, augmenté de 52 % en 2008 et sera relativement stable en 2009 (hausse de 3 % selon les données préliminaires).

Source : Serhir et coll., 2009

Répartition selon le sexe et l'âge

Les hommes constituent la quasi-totalité des cas (97 % en 2008). Un peu plus de la moitié d'entre eux (55 %) sont âgés de 35 à 49 ans, les 40-44 ans étant les plus touchés (taux d'incidence de 26,2 pour 100 000).

Chez les 20-29 ans, le nombre de cas a plus que doublé entre 2007 et 2008, pour passer de 31 à 68. En outre en 2005, pour la première fois depuis le début de l'épidémie, le groupe des 15-19 ans a été touché par l'infection. Dans ce groupe d'âge, deux cas ont été déclarés en 2005, trois l'ont été en 2006, cinq en 2007 et quatre en 2008. Selon les données préliminaires, dix cas seraient déclarés en 2009.

Les femmes sont peu touchées : treize cas féminins de syphilis infectieuse ont été déclarés en 2004, puis de six à huit cas chaque année entre 2005 et 2008. Ces cas ne se rapportent pas à un groupe d'âge en particulier. Environ les trois quarts de ces femmes, soit 36, étaient en âge de procréer (elles avaient entre 15 et 44 ans).

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

Distribution géographique

Au départ, l'écllosion touchait surtout la région de Montréal. Elle s'est par la suite propagée dans plusieurs régions du Québec. En 2008, Montréal, avec 70 % des cas du Québec, affiche encore le plus haut taux de cas déclarés (13,6 pour 100 000), puis suivent la Capitale-Nationale (3,9 pour 100 000), Lanaudière (2,8), la Montérégie (2,8), les Laurentides (2,3) et l'Outaouais (1,4). Les régions de la Capitale-Nationale et des Laurentides ont connu des hausses notables entre 2007 et 2008, la première passant de 11 à 26 cas déclarés et la seconde, de 3 à 12 cas. Les données préliminaires laissent présager que la hausse se poursuivra dans la Capitale-Nationale en 2009.

Facteurs d'exposition

À partir des enquêtes réalisées entre août 2004 et juillet 2005 dans le cadre de la surveillance provinciale de la syphilis infectieuse (n = 180 cas), on peut dégager les constats suivants (les cas pour lesquels la donnée était manquante sont 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) ;
- près des deux tiers (63 %) des HARSAH avaient eu des relations sexuelles dans un sauna au cours de la période d'incubation ;
- les relations sexuelles en échange d'argent ou de drogue semblent avoir joué un rôle marginal dans l'écllosion de syphilis.

À partir des enquêtes réalisées à Montréal entre septembre 2000 et août 2009 dans le cadre de la surveillance de la syphilis infectieuse (n = 1 178 cas), on peut dégager les constats suivants (les cas pour lesquels la donnée était manquante sont exclus du calcul des proportions) :

Parmi les HARSAH, lesquels constituent 95 % des cas (n = 1 114) :

- 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.

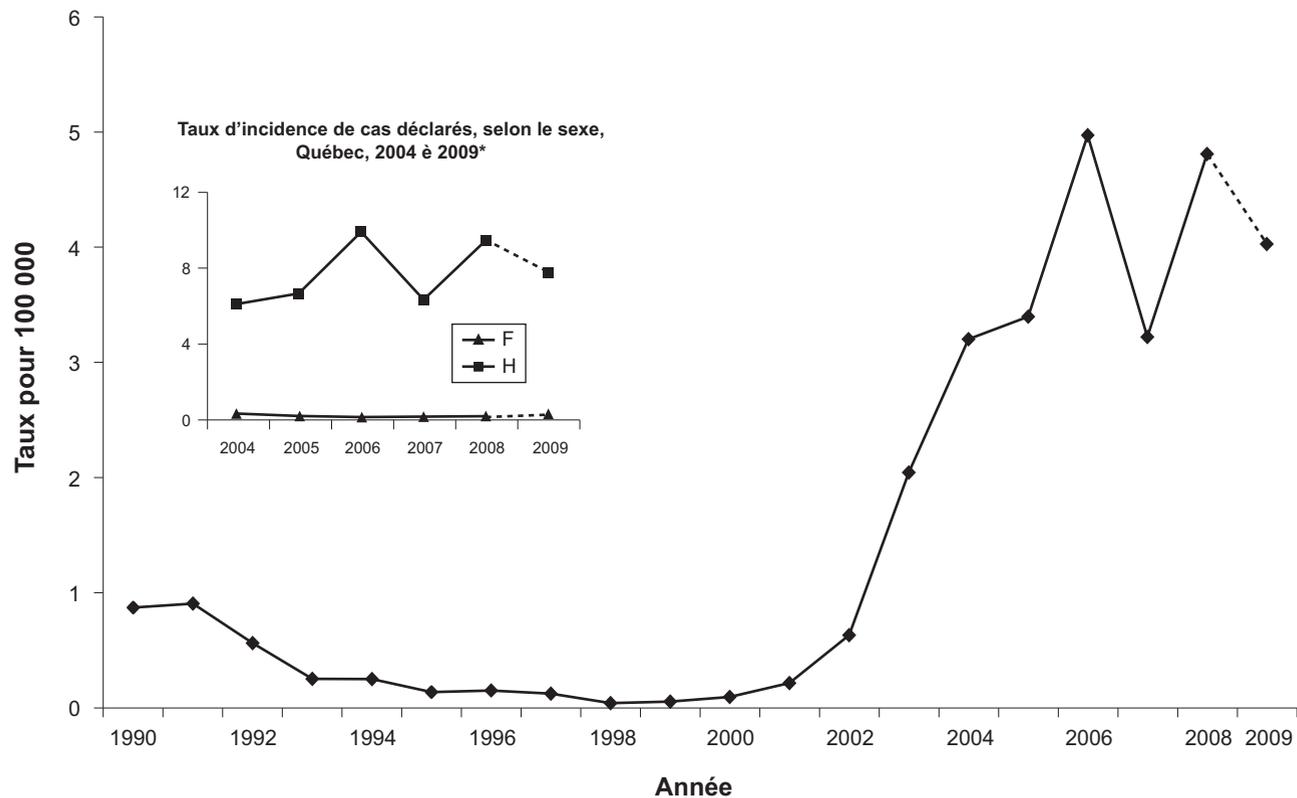
Parmi les personnes ayant eu des relations exclusivement hétérosexuelles (n = 64) :

- 58 % sont d'origine ethnoculturelle autre que canadienne-française ou canadienne-anglaise ;
- 31 % 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 2005 et 2009.

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).

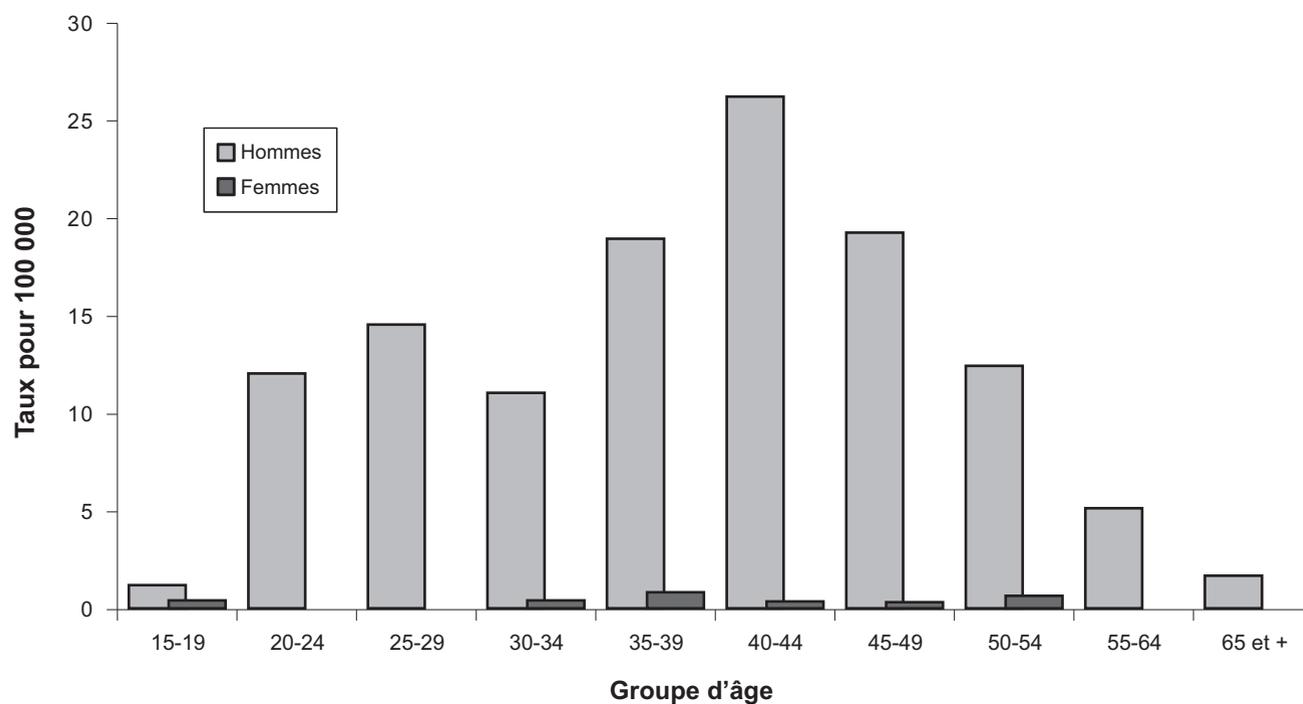
Syphilis infectieuse, taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2009*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années. Pour 2009, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009). Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

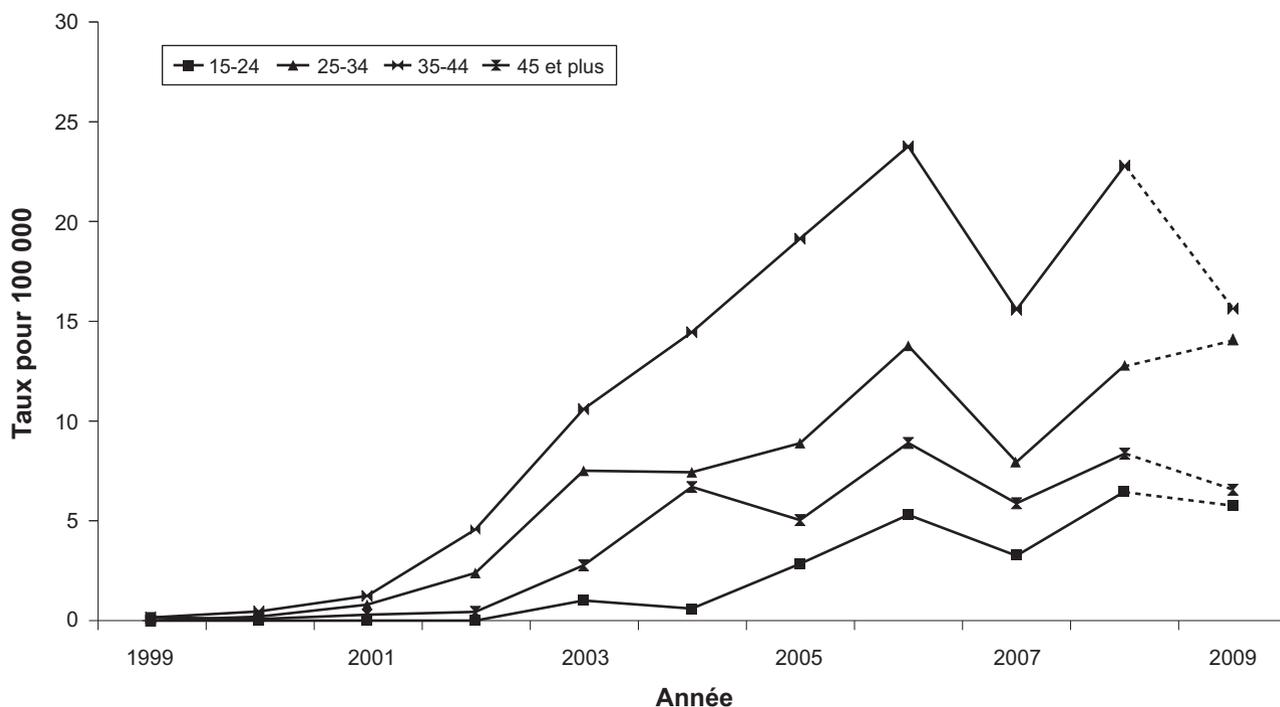
Syphilis infectieuse, taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2008*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

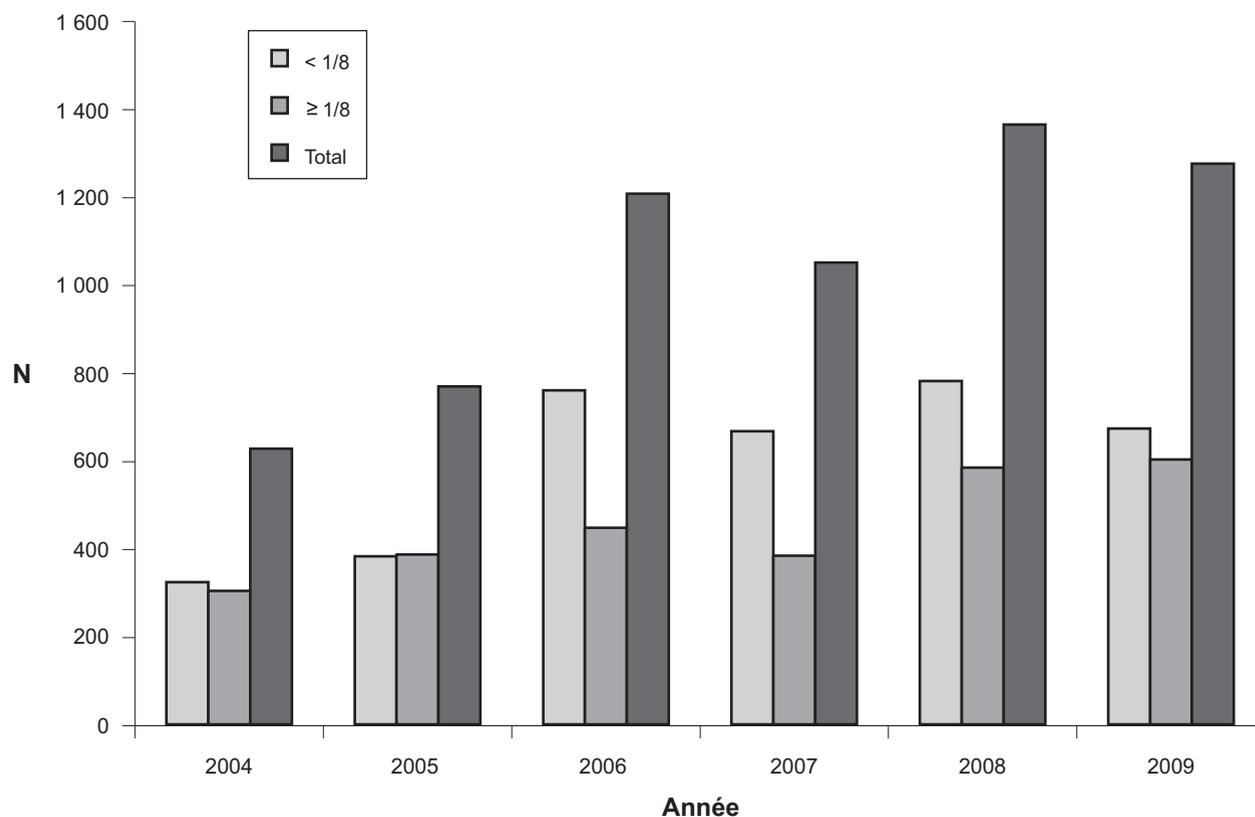
Syphilis infectieuse, taux brut d'incidence de cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, 1999 à 2009*



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

* Taux pour 100 000 personnes-années. Pour 2009, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009). Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

Nombre de nouveaux cas de tréponématose* confirmés au LSPQ, par valeur du titre sérologique, 2004 à 2009**



Source : Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), Institut national de santé publique du Québec, 2009.

* Au moins un test tréponémique réactif.

** Pour 2009, valeur projetée basée sur le nombre de cas confirmés entre les mois de janvier et juin.

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

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

Au Québec, toutes les analyses de confirmation des tests de détection des anticorps anti-VIH sont effectuées par le Laboratoire de santé publique du Québec. Le nombre annuel de demandes de confirmation est passé de 229 496 en 2002 à 287 643 en 2008, soit une augmentation de 25 %. Le taux de spécimens confirmés positifs se maintient à moins de 1 % depuis l'implantation du programme ; il est passé de 0,75 % en 2002 à 0,61 % en 2008, soit une diminution de 25 %. Un changement majeur à l'algorithme de confirmation a été apporté en 2007-2008 : la trousse de détection des anticorps dirigés contre le VIH-1 et le VIH-2 a été remplacée par une trousse qui permet de détecter à la fois les anticorps et l'antigène p24 du VIH. La détection de l'antigène p24 permet d'identifier les personnes infectées récemment qui n'ont pas encore développé d'anticorps mais qui sont virémiques.

Le Programme de surveillance de l'infection par le VIH est entré en vigueur le 18 avril 2002. Depuis, tous les tests de détection 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 : *Diagnostic établi chez un individu qui n'avait jamais eu de test VIH auparavant ou dont tous les tests antérieurs étaient négatifs. On présume que l'infection par le VIH vient d'être détectée pour la première fois chez la personne, ce qui n'implique pas nécessairement que l'infection est récente. Les nouveaux diagnostics correspondent à des infections récentes si le dépistage a été précoce, les autres à des infections anciennes tardivement détectées.*

Ancien diagnostic : *Diagnostic établi chez un individu dont au moins un des tests antérieurs était positif, mais qui n'avait pas été déclaré. On présume que la personne était au courant de son statut infectieux avant le prélèvement du spécimen qui a mené à son enregistrement au programme de surveillance. On présume également que le cas n'a pas été déclaré, soit parce que le programme n'était pas en place, soit parce que la personne n'avait pas de numéro d'assurance maladie du Québec (NAM) au moment des tests positifs antérieurs ou encore parce que cette personne avait eu un test positif sans possibilité de le déclarer.*

Cas non caractérisé comme étant un ancien ou un nouveau diagnostic : *Les définitions de nouveau et d'ancien diagnostic sont basées sur l'historique des tests fourni par le médecin qui a demandé le test positif. Cet historique peut être inconnu du médecin. Celui-ci n'est pas toujours le prescripteur des tests antérieurs et ne détient pas nécessairement des informations précises sur les dates et les résultats des tests de dépistage du VIH qu'il n'a pas prescrits à son patient.*

Personnes sans numéro d'assurance maladie du Québec : *Depuis l'implantation du programme, environ 20 % des spécimens positifs n'ont pu être déclarés, essentiellement en raison de l'absence de NAM. Cet identifiant est exigé pour déclarer un cas au registre du programme de surveillance du VIH. Ces cas sont donc exclus des analyses. Il peut s'agir d'une personne qui n'a effectivement pas de NAM (réfugié ou immigrant en attente de statut, résidant hors Québec), ou d'une personne qui a passé un test de façon anonyme, par exemple dans le cadre des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS ou de projets de recherche. Depuis l'implantation du programme de surveillance, plus de la moitié (55,6 %) des cas positifs non déclarés sont des immigrants ou des réfugiés sans NAM ; on estime qu'ils sont reliés à plus de 950 personnes. Il est possible que certaines de ces personnes aient été testées antérieurement ou ultérieurement avec un NAM dans le cadre de l'administration de soins, et qu'elles figurent ainsi parmi les cas ayant fait l'objet d'une collecte de données épidémiologiques.*

Situation générale

En 2008, 661 cas d'infection par le VIH ont été déclarés, soit 386 nouveaux diagnostics, 260 anciens et 15 diagnostics non caractérisés. Le nombre annuel de l'ensemble des cas déclarés a baissé de 17,5 % entre 2004 et 2008. En 2007, le nombre de nouveaux diagnostics avait baissé de 27 % par rapport à 2006. En 2008, il est remonté jusqu'au nombre annuel moyen enregistré au cours de la période 2004-2006. Les données des six premiers mois laissent présager une baisse de 15 % des nouveaux diagnostics en 2009.

Depuis 2004, davantage de nouveaux diagnostics que d'anciens sont déclarés. Puisque l'infection par le VIH est chronique et qu'un seul test de confirmation suffit à établir le diagnostic, on doit s'attendre à ce que le nombre d'anciens cas diagnostiqués diminue dans le temps.

Les cas de 2008 portent à 5 199 le nombre de personnes enregistrées au programme de surveillance depuis son implantation en avril 2002. Ce total cumulatif comprend 2 663 nouveaux diagnostics, 2 278 anciens diagnostics et 258 diagnostics impossibles à caractériser. Il est très en deçà des estimations de prévalence de l'Agence de la santé publique du Canada, selon lesquelles le Québec comptait en 2008 entre 14 500 et 21 300 cas de VIH. Il convient toutefois de souligner que dans le cadre du programme québécois de surveillance, les cas diagnostiqués avant avril 2002, soit avant l'implantation du programme, ne sont pas tous pris en compte.

Répartition selon le sexe et l'âge

En 2008, les hommes représentent 84,7 % des nouveaux diagnostics. Par rapport à 2004, le nombre de nouveaux diagnostics déclarés est demeuré relativement stable chez les hommes et a diminué de 32 % chez les femmes. Le ratio hommes/femmes est passé de 3,5 pour 1 en 2004 à 5,5 pour 1 en 2008 parmi les nouveaux diagnostics.

L'âge médian des cas nouvellement diagnostiqués est de 40 ans chez les hommes et de 37 ans chez les femmes. Les 30-49 ans et les 15-24 ans constituent respectivement 58 % et 7 % des nouveaux cas masculins ; ces proportions sont similaires chez les femmes (61 % et 8,5 %). De manière générale, pour les deux sexes, le nombre et la proportion de cas augmentent avec l'âge entre 15 et 45 ans et diminuent par la suite. Chez les personnes de 50-54 ans, le nombre de nouveaux diagnostics est passé de 26 en 2007 à 48 en 2008. Parmi les 124 femmes nouvellement diagnostiquées en 2008, 14, soit 11,3 %, étaient enceintes.

En 2008, aucun cas de moins de 1 an n'a été déclaré.

Distribution géographique

En 2008, 64,3 % des nouveaux diagnostics déclarés viennent de la région de Montréal (taux d'incidence de 12,9 pour 100 000), 9,6 % de la Montérégie (taux de 2,7 pour 100 000), 7,3 % de la Capitale-Nationale (4,2 pour 100 000) et 3,9 % des Laurentides (2,9 pour 100 000). Les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de l'Outaouais, de Laval, de Lanaudière et du Bas-Saint-Laurent ont déclaré chacune entre 1 et 4 % des cas. Le Nunavik, les Terres-Cries-de-la-Baie-James, le Nord-du-Québec et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine n'ont déclaré aucun cas.

Les régions du Bas-Saint-Laurent et de la Mauricie et du Centre-du-Québec, qui déclaraient quatre à six nouveaux diagnostics par an en moyenne, en ont enregistré deux fois plus en 2008.

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 des renseignements épidémiologiques.

Les principales catégories d'exposition sont décrites ci-après par ordre de fréquence décroissante.

- **Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH)** représentent la catégorie d'exposition la plus importante, avec 47,5 % de l'ensemble des cas et 55,2 % des nouveaux diagnostics déclarés depuis l'implantation du programme de surveillance de l'infection par le VIH (respectivement 51,5 % et 58 % des cas, si l'on compte les HARSAH également UDI).

En 2008, 237 HARSAH ont été nouvellement diagnostiqués, comparativement à 206 en 2007 ; ce nombre devrait se situer autour de 220 en 2009. Les HARSAH comptent pour 61,7 % des nouveaux diagnostics de 2008, et 72,8 % des nouveaux diagnostics chez les hommes, comparativement à 63,6 % en 2004.

- **Les UDI** constituent 16,9 % de l'ensemble des cas et 10,2 % des nouveaux diagnostics déclarés depuis l'implantation du programme (respectivement 20,9 % et 13,2 % des cas, si l'on compte les UDI également HARSAH).

En 2008, 22 UDI ont été nouvellement diagnostiqués, ce qui représente 5,7 % des nouvelles infections, comparativement à 40 en 2004 ; ce nombre devrait se situer autour de 24 en 2009.

En 2008, les cas à la fois HARSAH et UDI représentent 3,9 % des nouveaux diagnostics.

- **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 15,7 % de l'ensemble des cas et 14,8 % des nouveaux diagnostics déclarés depuis l'implantation du programme. Ces personnes viennent essentiellement d'Haïti et des pays de l'Afrique subsaharienne.

En 2008, 44 personnes originaires d'un pays endémique ont été nouvellement diagnostiquées, ce qui représente 11,4 % des nouveaux cas, comparativement à 71 en 2004 ; ce nombre devrait se situer autour de 36 en 2009. Il s'agit par ailleurs de la catégorie d'exposition la plus importante chez les femmes : en 2008, 53,4 % des nouveaux cas féminins sont originaires d'un pays endémique, comparativement à 7,7 % des nouveaux cas masculins. Les femmes représentent 59 % des nouveaux diagnostics établis chez des personnes originaires d'un pays endémique en 2008.

- **Les contacts hétérosexuels à risque** (avec une personne infectée par le VIH, un travailleur ou une travailleuse du sexe, un HARSAH, une personne UDI, une personne originaire d'un pays endémique, etc.) et les contacts hétérosexuels non protégés sans autre facteur de risque représentent respectivement 4,8 % et 8,6 % de l'ensemble des cas déclarés depuis l'implantation du programme, et 5,7 % et 9,5 % des nouveaux diagnostics de 2008. Ces proportions ont peu varié depuis 2002.

En 2008, 66 nouveaux diagnostics, soit 8,9 % des nouvelles infections, sont associés à l'un ou l'autre de ces deux facteurs d'exposition, comparativement à 63 en 2004 ; ce nombre devrait se situer autour de 44 en 2009. En 2008, 11,6 % des nouveaux cas masculins et 34,2 % des nouveaux cas féminins sont associés à l'un de ces deux facteurs.

- **Les cas de transmission mère-enfant et d'infection par des dons de sang ou de facteurs de coagulation** sont devenus rares. En ce qui concerne l'infection congénitale par le VIH, en 2008, un seul nouveau diagnostic a été déclaré pour un enfant né au Canada (la mère est originaire d'Europe), tandis que deux nouveaux et huit anciens diagnostics ont été déclarés pour des jeunes enfants et des adolescents nés en dehors du pays d'une mère haïtienne ou d'Afrique subsaharienne. Un ancien cas de VIH relié à des dons sanguins a aussi été déclaré : il s'agit d'un homme âgé entre 50 et 54 ans et né au Canada. Celui-ci a eu son premier test positif en 1989. On n'exclut pas la possibilité qu'il ait été infecté avant l'application des mesures de sécurité pour les dons de sang en 1985.

Chez les femmes, la principale catégorie d'exposition est celle des sujets originaires d'un pays endémique (45 % de l'ensemble des cas diagnostiqués depuis l'implantation du programme), suivie des UDI (23 %), des contacts hétérosexuels à risque (14 %) et des contacts hétérosexuels non protégés sans autre facteur de risque identifié (14 %).

Un peu plus de la moitié (56,7 %) des personnes nouvellement diagnostiquées en 2008 n'avaient jamais eu de dépistage du VIH auparavant, comparativement à 74,3 % en 2003. En 2008, la proportion de cette catégorie de personnes est plus élevée chez les femmes (78,8 %) que chez les hommes (58,4 %), et elle est plus élevée chez les personnes originaires d'un pays endémique (87,3 %) que chez les UDI (68,6 %) et les HARSAH (47,6 %).

Le quart des cas nouvellement diagnostiqués en 2008 présentaient des signes et symptômes compatibles avec une infection chronique par le VIH (6,7 %) ou avaient atteint le stade du sida (16,1 %).

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

Population	Période de collecte	Prévalence VIH (%)	Incidence VIH (personnes-années)
UDI (province de Québec)	1995-2008	14,3	2,9
HARSAH (province de Québec)	2008	13,5	
HARSAH (Montréal)	2005		1,3
Personnes incarcérées dans les établissements de compétence provinciale (UDI et non-UDI amalgamés)	2003	3,4	
Personnes originaires d'Haïti (Montréal)	1994-1996	1,3	
Jeunes de la rue (Montréal) (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 : elle est de 14,3 % chez les UDI (22,3 % parmi les 40 ans ou plus) et de 13,5 % chez les HARSAH (18,3 % parmi les 40-49 ans). La prévalence du VIH est de 6,6 % parmi les UDI résidant en région semi-urbaine, et de 15,2 % parmi les UDI résidant en région urbaine. Le taux d'incidence chez les UDI est de 2,9 pour 100 personnes-années, ce qui signifie que chaque année, 2,9 % des UDI non infectés contractent le VIH. À Montréal, le taux d'incidence est passé de 2,2 pour 100 personnes-années en 2002 à 2,7 en 2006, une augmentation statistiquement significative. Parmi les UDI infectés par le VIH, 87 % sont également infectés par le VHC.

Nombre de cas selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2008

	Année du prélèvement							Total
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Anciens diagnostics								
Sexe masculin	277	339	267	229	198	215	195	1 720
Sexe féminin	83	117	80	80	55	75	63	553
Transsexuel h-f	0	1	0	0	1	0	1	3
Transsexuel f-h	0	0	0	0	0	0	1	1
Inconnu	0	0	0	1	0	0	0	1
Sous-total	360	457	347	310	254	290	260	2 278
Nouveaux diagnostics								
Sexe masculin	183	355	305	337	374	280	327	2 161
Sexe féminin	47	88	87	83	81	56	59	501
Transsexuel h-f	0	0	0	0	0	0	0	0
Transsexuel f-h	0	0	0	0	0	0	0	0
Inconnu	0	0	0	0	0	0	0	1
Sous-total	230	443	392	420	456	336	386	2 663
Impossible à caractériser								
Sexe masculin	55	33	48	8	12	22	13	191
Sexe féminin	26	13	14	5	3	4	2	67
Transsexuel h-f	0	0	0	0	0	0	0	0
Transsexuel f-h	0	0	0	0	0	0	0	0
Inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0
Sous-total	81	46	62	13	15	26	15	258
Total	671	946	801	743	725	652	661	5 199

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ, 2009.

Nombre et proportion des CAS par catégorie principale d'exposition, sexe et année du prélèvement, programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, avril 2002¹ à décembre 2008

	Catégorie principale d'exposition																									
	HARSAH		HARSAH/ UDI		UDI		Pays endém.		Hétéro à risque		Facteur de coag.		Don de sang		SRC – hétéro		SRC		Mère- enfant		Non précisé		Total ²			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hommes																										
2002	270	52,4	26	5,1	120	23,3	40	7,8	12	2,3	3	0,6	2	0,4	33	6,4	6	1,2	3	0,6	0	.			515	100,0
2003	414	57,0	39	5,4	146	20,1	50	6,9	18	2,5	3	0,4	1	0,1	45	6,2	10	1,4	1	0,1	0	.			727	100,0
2004	364	58,7	38	6,1	92	14,8	50	8,1	14	2,3	1	0,2	0	0,0	48	7,7	9	1,5	4	0,7	0	.			620	100,0
2005	352	61,3	28	4,9	76	13,2	54	9,4	11	1,9	2	0,4	4	0,7	35	6,1	6	1,1	6	1,1	0	.			574	100,0
2006	359	61,5	33	5,7	83	14,2	48	8,2	8	1,4	3	0,5	2	0,3	46	7,9	0	0,0	2	0,3	0	.			584	100,0
2007	341	66,0	19	3,7	53	10,3	33	6,4	9	1,7	5	1,0	1	0,2	48	9,3	4	0,8	4	0,8	0	.			517	100,0
2008	367	68,6	23	4,3	48	9,0	41	7,7	20	3,7	0	0,0	0	0,0	31	5,8	0	0,0	5	0,9	0	.			535	100,0
Sous total H	2 467	60,6	206	5,1	618	15,2	316	7,8	92	2,3	17	0,4	10	0,3	286	7,0	35	0,9	25	0,6	0	.			4 072	100,0
Femmes																										
2002					44	28,2	69	44,2	18	11,5	1	0,6	3	1,9	19	12,2	0	0,0	2	1,3	0	.			156	100,0
2003					65	29,8	97	44,5	24	11,0	0	0,0	1	0,5	26	11,9	3	1,4	2	0,9	0	.			218	100,0
2004					41	22,7	80	44,2	23	12,7	0	0,0	5	2,8	29	16,0	0	0,0	3	1,7	0	.			181	100,0
2005					38	22,6	70	41,7	25	14,9	0	0,0	1	0,6	26	15,5	0	0,0	8	4,8	0	.			168	100,0
2006					30	21,6	57	41,0	25	18,0	1	0,7	1	0,7	22	15,8	0	0,0	3	2,2	0	.			139	100,0
2007					30	22,2	62	45,9	17	12,6	0	0,0	1	0,7	25	18,5	0	0,0	0	0,0	0	.			135	100,0
2008					14	11,3	66	53,2	24	19,4	1	0,8	0	0,0	11	8,9	1	0,8	7	5,7	0	.			124	100,0
Sous total F					262	23,4	501	44,7	156	13,9	3	0,3	12	1,1	158	14,1	4	0,4	25	2,2	0	.			1 121	100,0
Tous les cas																										
2002	270	40,2	26	3,9	164	24,4	109	16,2	30	4,5	4	0,6	5	0,8	52	7,8	6	0,9	5	0,8	0	.			671	100,0
2003	415	43,9	39	4,1	211	22,3	147	15,5	42	4,4	3	0,3	2	0,2	71	7,5	13	1,4	3	0,3	0	.			946	100,0
2004	364	45,4	38	4,7	133	16,6	130	16,2	37	4,6	1	0,1	5	0,6	77	9,6	9	1,1	7	0,9	0	.			801	100,0
2005	352	47,4	28	3,8	114	15,3	124	16,7	37	5,0	2	0,3	5	0,7	61	8,2	6	0,8	14	1,9	0	.			743	100,0
2006	359	49,6	33	4,6	113	15,6	105	14,5	33	4,6	4	0,6	3	0,4	69	9,5	0	0,0	5	0,7	1	.			725	100,0
2007	341	52,3	19	2,9	83	12,7	95	14,6	26	4,0	5	0,8	2	0,3	73	11,2	4	0,6	4	0,6	0	.			652	100,0
2008	368	55,7	24	3,6	62	9,4	107	16,2	44	6,7	1	0,2	0	0,0	42	6,4	1	0,2	12	1,8	0	.			661	100,0
TOTAL	2 469	47,5	207	4,0	880	16,9	817	15,7	249	4,8	20	0,4	22	0,4	445	8,6	39	0,8	50	1,0	1	.			5 199	100,0

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ, 2009.

Hétéro à risque : contacts hétérosexuels avec des partenaires à risque

SRC-hétéro : contacts hétérosexuels avec des partenaires sans risque identifié

SRC : aucun risque identifié

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 programme en avril 2002.
2. Ce total exclut un cas dont la catégorie d'exposition n'est pas précisée pour l'année 2006.

Nombre et proportion des NOUVEAUX DIAGNOSTICS par catégorie principale d'exposition, sexe et année du prélèvement, programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, avril 2002¹ à décembre 2008

	Catégorie principale d'exposition																									
	HARSAH		HARSAH/ UDI		UDI		Pays endém.		Hétéro à risque		Facteur de coag.		Don de sang		SRC – hétéro		SRC		Mère- enfant		Non précisé		Total ²			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hommes																										
2002	115	62,8	2	1,1	19	10,4	19	10,4	7	3,8	0	0,0	0	0,0	16	8,7	2	1,1	3	1,6	0	.	183	100,0		
2003	223	62,8	18	5,1	48	13,5	24	6,8	12	3,4	0	0,0	0	0,0	25	7,0	5	1,4	0	0,0	0	.	355	100,0		
2004	194	63,6	14	4,6	26	8,5	30	9,8	6	2,0	0	0,0	0	0,0	28	9,2	5	1,6	2	0,7	0	.	305	100,0		
2005	234	69,4	9	2,7	27	8,0	27	8,0	8	2,4	0	0,0	0	0,0	23	6,8	5	1,5	4	1,2	0	.	337	100,0		
2006	258	69,0	14	3,7	24	6,4	38	10,2	7	1,9	1	0,3	1	0,3	30	8,0	0	0,0	1	0,3	0	.	374	100,0		
2007	206	73,6	8	2,9	15	5,4	17	6,1	4	1,4	0	0,0	0	0,0	28	10,0	2	0,7	0	0,0	0	.	280	100,0		
2008	238	72,8	15	4,6	17	5,2	18	5,5	17	5,2	0	0,0	0	0,0	21	6,4	0	0,0	1	0,3	0	.	327	100,0		
Sous total H	1 468	67,9	80	3,7	176	8,1	173	8,0	61	2,8	1	0,1	1	0,1	171	7,9	19	0,9	11	0,5	0	.	2 161	100,0		
Femmes																										
2002					11	23,4	20	42,6	8	17,0	0	0,0	0	0,0	7	14,9	0	0,0	1	2,1	0	.	47	100,0		
2003					22	25,0	46	52,3	10	11,4	0	0,0	0	0,0	8	9,1	0	0,0	2	2,3	0	.	88	100,0		
2004					14	16,1	41	47,1	14	16,1	0	0,0	1	1,2	15	17,2	0	0,0	2	2,3	0	.	87	100,0		
2005					13	15,7	36	43,4	15	18,1	0	0,0	0	0,0	16	19,3	0	0,0	3	3,6	0	.	83	100,0		
2006					17	21,0	27	33,3	20	24,7	0	0,0	1	1,2	15	18,5	0	0,0	1	1,2	0	.	81	100,0		
2007					13	23,2	25	44,6	7	12,5	0	0,0	0	0,0	11	19,6	0	0,0	0	0,0	0	.	56	100,0		
2008					5	8,5	26	44,1	16	27,1	0	0,0	0	0,0	9	15,3	1	1,7	2	3,4	0	.	59	100,0		
Sous total F					95	19,0	221	44,1	90	18,0	0	0,0	2	0,4	81	16,2	1	0,2	11	2,2	0	.	501	100,0		
Tous les cas																										
2002	115	50,0	2	0,9	30	13,0	39	17,0	15	6,5	0	0,0	0	0,0	23	10,0	2	0,9	4	1,7	0	.	230	100,0		
2003	223	50,3	18	4,1	70	15,8	70	15,8	22	5,0	0	0,0	0	0,0	33	7,5	5	1,1	2	0,5	0	.	443	100,0		
2004	194	49,5	14	3,6	40	10,2	71	18,1	20	5,1	0	0,0	1	0,3	43	11,0	5	1,3	4	1,0	0	.	392	100,0		
2005	234	55,7	9	2,1	40	9,5	63	15,0	23	5,5	0	0,0	0	0,0	39	9,3	5	1,2	7	1,7	0	.	420	100,0		
2006	258	56,7	14	3,1	41	9,0	65	14,3	27	5,9	1	0,2	2	0,4	45	9,9	0	0,0	2	0,4	1	.	456	100,0		
2007	206	61,3	8	2,4	28	8,3	42	12,5	11	3,3	0	0,0	0	0,0	39	11,6	2	0,6	0	0,0	0	.	336	100,0		
2008	238	61,7	15	3,9	22	5,7	44	11,4	33	8,6	0	0,0	0	0,0	30	7,8	1	0,3	3	0,8	0	.	386	100,0		
TOTAL	1 468	55,2	80	3,0	271	10,2	394	14,8	151	5,7	1	0,0	3	0,1	252	9,5	20	0,8	22	0,8	1	.	2 663	100,0		

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ, 2009.

Hétéro à risque : contacts hétérosexuels avec des partenaires à risque

SRC-hétéro : contacts hétérosexuels avec des partenaires sans risque identifié

SRC : aucun risque identifié

- 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 programme en avril 2002.
- Ce total exclut un cas dont la catégorie d'exposition n'est pas précisée pour l'année 2006.

2. Surveillance de l'infection par le VIH chez 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 2008, 749 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 (55,3 %) d'entre elles connaissaient leur condition avant la grossesse, 40,8 % ont été dépistées pendant leur grossesse et 3,8 % l'ont été après leur grossesse. Ces dernières (30 femmes, dont 3 entre 2004 et 2008) n'ont donc pas eu accès aux traitements préventifs ; elles ont donné naissance à un total de 11 enfants infectés par le VIH. Depuis l'implantation du programme, une seule femme traitée avec des antirétroviraux durant la grossesse a transmis le VIH (en 2006). Depuis 1998, le taux de transmission de la mère à l'enfant est de 0,27 %.

Les 749 femmes suivies par le CMIS de 1997 à 2008 se répartissent dans les trois principales catégories d'exposition¹ suivantes : originaire d'un pays où l'infection est endémique (63,8 %), relations hétérosexuelles non protégées sans autre facteur de risque (22,4 %) et utilisation de drogues par injection (9,3 %). Le programme a aussi suivi un total de sept femmes enceintes qui avaient été infectées par leur mère (transmission verticale). En 2008, 17 % (12/71) des femmes suivies étaient caucasiennes. 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 réfugié.

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.

3. Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection par le VIH au Québec

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 québécois de surveillance de l'infection par le VIH de même que celles d'études épidémiologiques réalisées auprès de divers groupes de population. Ces estimations sont faites périodiquement, à quelques années d'intervalle. Les estimations les plus récentes datent de 2008 ; les étendues d'incertitude associées reflètent le degré d'imprécision de ces données.

Prévalence

Selon l'ASPC, à la fin de 2008, environ 17 920 personnes au Québec (entre 14 500 et 21 300) sont porteuses de l'infection par le VIH (chiffre qui comprend les personnes atteintes du sida). Cela représente une hausse de 12 % par rapport à l'estimation de 2005 (16 000 personnes) et de 17,9 % par rapport à l'estimation de 2002 (15 200 personnes).

La distribution selon la catégorie d'exposition, basée sur l'estimation de 17 920 porteurs, montre que 9 060 d'entre eux (51 %) seraient des HARSAH, 2 710 (15 %) des UDI, 2 900 (16 %) des hétérosexuels originaires d'un pays endémique, 2 350 (13 %) des hétérosexuels originaires d'un pays non endémique, 760 (4 %) des HARSAH également UDI, alors que 140 cas d'infection (1 %) seraient attribuables à d'autres expositions. Les femmes représentent 22 % de l'ensemble des cas, plus précisément 40 % des cas UDI et 53 % des cas hétérosexuels (originaires et non originaires de pays endémiques combinés).

Incidence

En 2008, toujours selon l'ASPC, le Québec aurait enregistré entre 500 et 1 200 nouvelles infections par le VIH, soit un nombre similaire à l'estimation de 2005 et pratiquement identique à l'intervalle de 560 à 1 400 nouvelles infections estimé pour 2002.

Ces nouveaux cas d'infection par le VIH se composent de 290 à 600 HARSAH (53 %), de 50 à 130 UDI (11 %), de 90 à 180 hétérosexuels originaires d'un pays endémique (16 %), de 90 à 190 hétérosexuels non originaires d'un pays endémique (17 %), de 10 à 40 HARSAH également UDI (3 %), alors que moins de 10 cas sont attribuables à d'autres expositions. Les femmes représentent 22 % de l'ensemble des nouveaux cas, soit 40 % des cas UDI et 55 % des cas hétérosexuels (originaires et non originaires de pays endémiques combinés).

Estimation de la prévalence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées par catégorie d'exposition¹, sexes réunis, Québec, 2005 et 2008

		HARSAH	HARSAH et UDI	UDI	Contact hétérosexuel/ pays endémique	Contact hétérosexuel/ pays non endémique	Autres	Total
2005	Nombre	8 100	720	2 570	1 960	2 510	140	16 000
	Étendue	6 500-9 700	480-960	2 000-3 100	1 500-2 400	2 000-3 000	90-190	12 500-19 500
	% du total	51 %	4 %	16 %	12 %	16 %	1 %	
2008	Nombre	9 060	760	2 710	2 350	2 900	140	17 920
	Étendue	7 400-10 700	500-1 020	2 200-3 200	1 800-2 900	2 300-3 500	90-190	14 500-21 300
	% du total	51 %	4 %	15 %	13 %	16 %	1 %	

Estimation de la prévalence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées par catégorie d'exposition¹, femmes, Québec, 2005 et 2008

		UDI	Contact hétérosexuel/ pays endémique et pays non endémique combinés	Autres	Toutes catégories
2005	Nombre	1 030	2 400	70	3 500
	Étendue	780-1 280	1 800-3 000	40-100	2 800-4 200
	% approximatif du total chez les femmes	29 %	69 %	2 %	
	% approximatif du total de femmes pour cette catégorie d'exposition	40 %	54 %	50 %	22 %
2008	Nombre	1 080	2 790	70	3 940
	Étendue	800-1360	2 200-3 400	40-100	3 150-4 750
	% approximatif du total chez les femmes	27 %	71 %	2 %	
	% approximatif du total de femmes pour cette catégorie d'exposition	40 %	53 %	50 %	22 %

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

Source : Agence de la santé publique du Canada. Estimations de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées, province de Québec, 2005 et 2008, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, communication personnelle de C. Archibald, octobre 2009.

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, sexes réunis, Québec, 2005 et 2008

		HARSAH	HARSAH et UDI	UDI	Contact hétérosexuel/ pays endémique	Contact hétérosexuel/ pays non endémique	Autres	Total
2005	Étendue	290-550	10-40	80-170	80-180	90-190	< 10	500-1 200
	% du total	50 %	3 %	15 %	16 %	17 %		
2008	Étendue	290-600	10-40	50-130	90-190	90-180	< 10	500-1 200
	% du total	53 %	3 %	11 %	17 %	16 %		

Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées par catégorie d'exposition¹, femmes, Québec, 2005 et 2008

		UDI	Contact hétérosexuel/ pays endémique et pays non endémique combinés	Autres	Toutes catégories
2005	Étendue	30-60	90-200	< 10	130-250
	% approximatif du total chez les femmes	23 %	76 %	< 1 %	
	% approximatif des femmes pour cette catégorie d'exposition	37 %	53 %		23 %
2008	Étendue	20-50	100-200	< 10	120-250
	% approximatif du total chez les femmes	19 %	81 %	< 1 %	
	% approximatif des femmes pour cette catégorie d'exposition	40 %	55 %		22 %

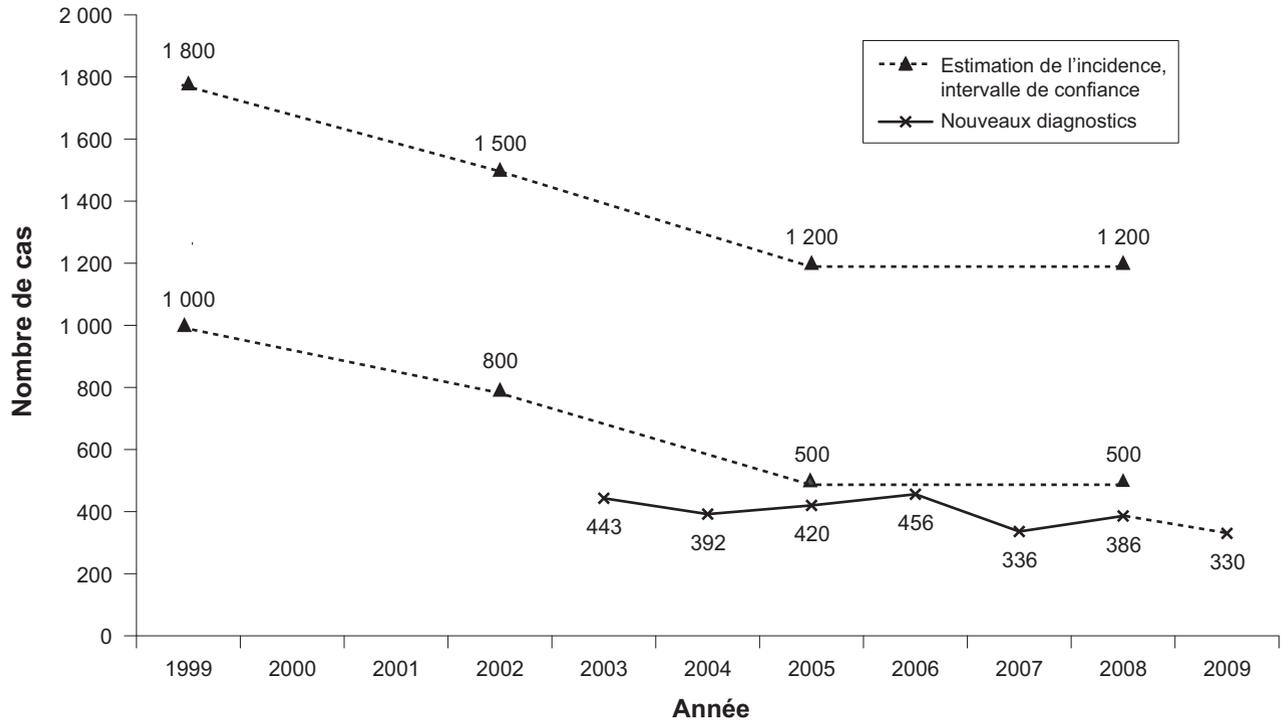
1. Les estimations ponctuelles et les étendues d'incertitude associées sont arrondies.

Source : Agence de la santé publique du Canada. Estimations de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées, province de Québec, 2005 et 2008, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, communication personnelle de C. Archibald, octobre 2009.

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 2009*



Sources : Agence de la santé publique du Canada, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida.

Programme de surveillance du VIH au Québec, INSPQ, septembre 2009 (données provisoires).

* Pour 2009, il s'agit du nombre de nouveaux diagnostics projetés à partir du nombre de nouveaux diagnostics enregistrés entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2009.

4. Surveillance du sida

Le sida, ou syndrome d'immunodéficience acquise, constitue le stade avancé de l'infection par le VIH. Les données les plus récentes du Programme de surveillance du sida au Québec datent de juin 2004. Depuis l'apparition de l'infection, 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. La région de Montréal compte de 75 à 83 % des cas, la Montérégie, 6 % et la Capitale-Nationale, 5 %. 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 distribution par catégorie d'exposition et par période de diagnostic des cas masculins et féminins de sida déclarés entre 1979 et le 30 juin 2004 est présentée dans le Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (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 descendre 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 dans le temps. 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.

Dans les tableaux ci-contre sont présentés tous les cas masculins et tous les cas féminins en fonction des catégories d'exposition. L'importance d'une catégorie est donc liée à celle des autres catégories. Étant donné le faible nombre de cas féminins diagnostiqués entre janvier 2002 et juin 2004, les proportions pour cette période doivent être interprétées avec prudence. Enfin, la majorité des cas de sida des catégories « Transfusion » 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

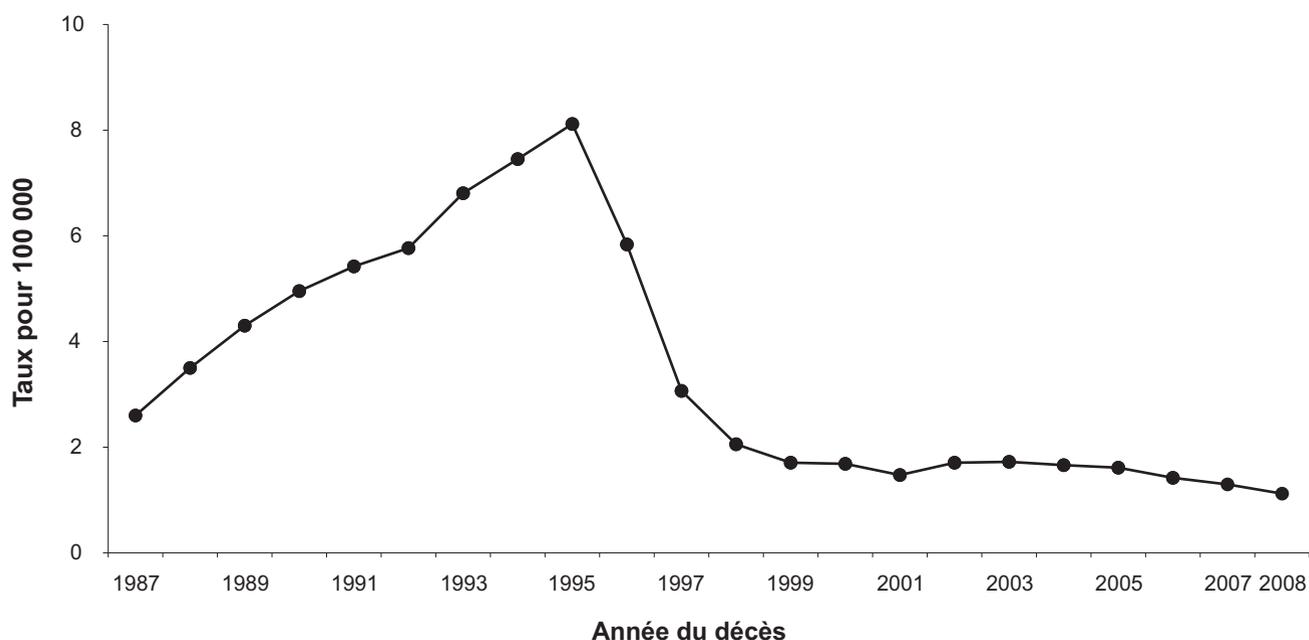
Source : INSPQ, novembre 2004.

1. Les six premiers mois de 2004.

5. Mortalité due au sida

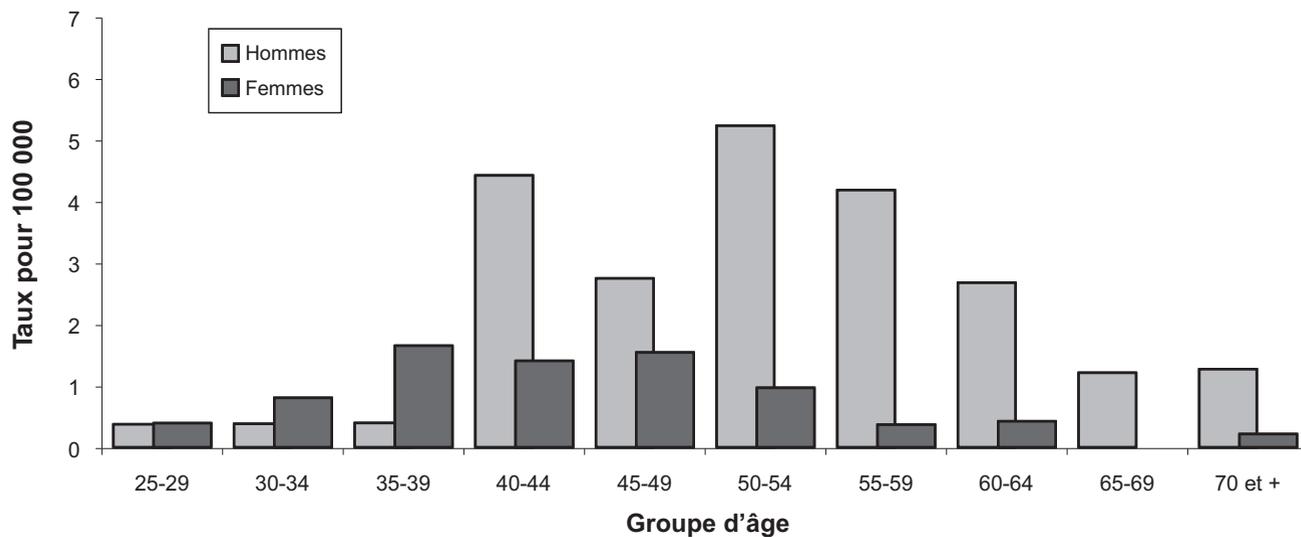
Au Québec, entre 1983 et 2008, 5 609 décès ont été associés au sida. À compter de 1987, le taux de mortalité associé au sida a commencé à augmenter de façon dramatique, pour atteindre un sommet en 1995. C'est en effet cette année-là qu'on enregistre le plus grand nombre de décès par sida au Québec, soit 586, dont 90 % chez des hommes. Le taux de mortalité s'élève alors à 8,1 pour 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 pour 100 000 personnes, soit une baisse de 82 % par rapport à 1995. En 2008, le taux s'établit à 1,1 pour 100 000, soit 86 décès, dont 74,4 % chez des hommes. Parmi les hommes décédés, 34 % étaient âgés entre 40 et 49 ans et 42 % entre 50 et 59 ans. Depuis 2007, moins de 100 décès par année sont associés au sida.

Taux brut de mortalité par sida, Québec, 1987 à 2008



Source : Institut de la statistique du Québec, Registre des décès au 15 juillet 2009 (données provisoires pour 2007 et 2008).

Taux de mortalité par sida, selon l'âge et le sexe, Québec, 2008



Source : Institut de la statistique du Québec, Registre des décès au 15 juillet 2009 (données provisoires pour 2007 et 2008).

AUTRES ITSS

Bien qu'elles ne fassent pas l'objet d'une section particulière de ce portrait, les cinq ITSS ci-dessous doivent être considérées.

Chancre mou

Cette infection fait partie des MADO mais elle survient rarement (huit cas déclarés au Québec entre 1990 et 2008).

Granulome inguinal

Cette infection fait partie des MADO mais elle survient rarement (un cas déclaré au Québec entre 1990 et 2008).

Infection par le virus du papillome humain

Cette infection très fréquente ne fait pas partie des MADO. Une quarantaine de types de virus du papillome humain (VPH) touchent plus particulièrement la région anogénitale, et certains sont associés à un risque élevé de cancer du col utérin ainsi qu'à d'autres cancers anogénitaux (vulve, vagin, pénis, anus). Le vaccin utilisé dans le cadre du programme de vaccination contre le VPH implanté au Québec à l'automne 2008 protège notamment contre les types 16 et 18, qui sont les types les plus associés aux cancers de la région anogénitale.

Plusieurs études montrent que le risque d'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 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 %).

Le taux d'incidence standardisé à la population canadienne du 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 arrive au treizième rang de tous les cancers chez les femmes, et au deuxième rang chez les Canadiennes de 20 à 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 *Herpès simplex* de type 1 ou 2

Cette infection très fréquente ne fait pas partie des MADO. Les infections causées par le virus *Herpès simplex* (VHS) 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 augmentent le risque d'acquisition et de transmission de l'infection par le VIH.

On ne dispose pas de données de prévalence à l'échelle de la population générale pour le Québec. Des données recueillies auprès de femmes enceintes de la Colombie-Britannique en 2001 montrent une prévalence de 59 % pour le VHS-1 et de 17 % pour le VHS-2 ; des données recueillies auprès de clients et de clientes de cliniques ITS de l'Alberta en 2005 montrent une prévalence de 56 % pour le VHS-1 et de 19 % pour le VHS-2. La prévalence de cette infection 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 seconde éclosion de shigellose chez les HARSAH montréalais en dix ans.

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., D. BOULOS, P. LECLERC, J. COX, J. JEAN-GILLES, C. TREMBLAY, C. ARCHIBALD et coll., « Self-reported HIV testing behaviours among Quebecers of Haitian origin ». Communication par affiche présentée au congrès de l'association canadienne de recherche sur le sida, Vancouver, 2009.

ADRIEN, A., V. LEAUNE et D. AUGER. « Comportements sexuels et utilisation du condom », dans Enquête sociale et de santé 1998, chapitre 9, 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, no 4, 1999.

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 et Canada, 2005 et 2008*, 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, Communication personnelle, D^r Chis Archibald, octobre 2009.

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, 2008.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2008*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, 2009.

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., L. NOËL et coll. *Portrait de situation de l'hépatite C au Québec 1990-2004*. Institut national de santé publique du Québec, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, 2006. [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca>].

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, 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, 2006.

AUGER, N., et G. LÉGARÉ. *Iiyiyiu Aschii., Enquête de santé auprès des Cris 2003*. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1., 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 2002-2008*, 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, 2009, [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 2009*, 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, 2009.

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

Comité d'assurance qualité en microbiologie. *Contrôle externe de la qualité, bactériologie, septembre 2005*. Laboratoire de santé publique du Québec, 2006.

COUTURIER, L. et coll. *Mesures de la production, tests de détection de l'infection à Chlamydia trachomatis et de l'infection gonococcique effectués au Québec, 2004 à 2008*. Direction générale des services de santé et médecine universitaire. Communication personnelle, 2009.

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>].

FRAPPIER, J.Y. et coll. *Santé sexuelle à l'adolescence, un sondage en ligne*. Association canadienne pour la santé des adolescents en collaboration avec la firme IPSOS, 2005.

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 15 juillet 2009, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2009.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Programme de surveillance du sida du Québec. Cas cumulatifs 1979-2004*, Rapport du Programme de surveillance du sida du Québec, 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 2009.

JETTÉ, L., B. LEFEBVRE et A.M. BOURGALT. *Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec*. Rapport 2008, Laboratoire de santé publique du Québec, 2009, [En ligne]. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/779_SurveillanceGonocoque_07.pdf].

JOCHEM, K., J. COX, P. LECLERC et C. TREMBLAY. *Surveillance accrue de l'hépatite C à Montréal, cas déclarés, 2004 à 2008*, Analyses périodiques des données de déclaration et d'enquête, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2009.

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 chlamydie 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, 2008.

LAMBERT, G. et C. TREMBLAY. *Vigie intensifiée de la lymphogranulomatose vénérienne à Montréal, cas déclarés entre janvier 2003 et août 2009*, Analyses périodiques des données de déclaration et d'enquête, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, septembre 2009.

LAMBERT, G. et C. TREMBLAY. *Vigie intensifiée de la syphilis infectieuse à Montréal, cas déclarés entre septembre 2000 et août 2009*, Analyses périodiques des données de déclaration et d'enquête, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2009.

LAMBERT, G., J. COX, F. TREMBLAY, L.R. FRIGAULT, C. TREMBLAY et coll. *ARGUS 2005 : Sommaire de l'Enquête sur l'infection par le 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*. 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, 2007 [En ligne]. [<http://www.argusquebec.ca/resultats/SommaireArgus2005.pdf>].

LAMBERT, G., J. COX, Y. MIANGOTAR, L.R. FRIGAULT, C. TREMBLAY et coll. *ARGUS 2008 : Sommaire de l'Enquête sur l'infection par le 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 québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes*. 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, rapport préliminaire, octobre 2009.

LAMBERT, G., N. HALEY, S. JEAN, J.Y. FRAPPIER, J. OTIS, E. ROY et coll. *Sexe, drogues et autres questions de santé chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, et Institut national de santé publique du Québec, Rapport préliminaire, 2009.

LAPOINTE, N., J. SAMSON et M. BOUCHER. *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse 2008*, Version amendée, Montréal, Centre maternel et infantile sur le sida, CHU Sainte-Justine, 2009.

MURPHY, D. et coll. « Présence d'un nouveau variant de *Chlamydia trachomatis* dans la province de Québec, Institut national de santé publique du Québec », Communication personnelle, Laboratoire de santé publique du Québec, septembre 2009.

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, P.R. ALLARD et coll. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection, réseau I-Track-SurvUDI, Épidémiologie du VIH de 1995 à 2008, Épidémiologie du VHC de 2003 à 2008*, Institut national de santé publique du Québec, Juin 2009. [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca>].

PINETTE, G.D., J. COX, J. HEATHCOTE, L. MOORE, K. ADAMOWSKI et G. RIEHL. *Soins primaires de l'hépatite C chronique – Guide de référence professionnel 2009*. Collège des médecins de famille du Canada et Agence de santé publique du Canada, 2009.

REMIS, R.S. et coll. *Modeling the incidence and prevalence of hepatitis C infection and its sequelae in Canada, 2007*. Community acquired infections division, Centre for communicable diseases and infection control, Agence de santé publique du Canada, 2009.

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.

REMIS, R.S. et coll. *Estimating the number of blood transfusion recipients infected by hepatitis C in Canada 1960-85 and 1990-92*. Santé Canada 1998.

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, n° 82-003-XPF au catalogue de Statistique Canada.

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, 2005.

SHERMAN, M., S. SHAFRAN, K. BURAK et coll. Management of chronic hepatitis C : Consensus guidelines. *Can J Gastroenterol*, 2007.

SERHIR, B. et coll. « Nouveaux cas de trépanomatoses confirmés au Laboratoire de santé publique du Québec, 2004-juin 2009, Institut national de santé publique du Québec, Laboratoire de santé publique du Québec, communication personnelle, septembre 2009.

ANNEXE 1

NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE DE CERTAINES ITSS, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, QUÉBEC, 2008

Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon l'âge, hommes, Québec, 2008

Âge	Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		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	2	0,6	0	0,0	0	0,0	7	2,0	1	0,3	1	0,3
10-14	5	2,2	2	0,9	0	0,0	0	0,0	6	2,6	0	0,0	1	0,4
15-19	677	267,4	87	34,4	0	0,0	3	1,2	8	3,2	9	3,6	2	0,8
20-24	1 645	681,6	275	114,0	1	0,4	29	12,0	33	13,7	48	19,9	21	8,7
25-29	1 058	393,8	230	85,6	1	0,4	39	14,5	55	20,5	80	29,8	39	14,5
30-34	510	194,0	140	53,3	0	0,0	29	11,0	71	27,0	89	33,9	50	19,0
35-39	309	121,7	90	35,5	1	0,4	48	18,9	62	24,4	126	49,6	31	12,2
40-44	174	59,1	83	28,2	0	0,0	77	26,2	82	27,9	230	78,2	60	20,4
45-49	117	35,7	79	24,1	3	0,9	63	19,2	59	18,0	273	83,3	49	14,9
50-54	60	19,6	38	12,4	1	0,3	38	12,4	60	19,6	198	64,7	44	14,4
55-64	37	7,6	24	4,9	0	0,0	25	5,1	89	18,3	170	34,9	24	4,9
65 et +	7	1,5	3	0,6	0	0,0	8	1,7	49	10,2	57	11,9	5	1,0
Inconnu	10		1		0		0		3		7		0	
Total	4 610	121,7	1 054	27,8	7	0,2	359	9,5	585	15,4	1 288	34,0	327	8,6

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

1. Taux 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, 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 provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), septembre 2009.
6. Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon l'âge, femmes, Québec, 2008

Âge	Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		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	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,3	0	0,0
1-9	2	0,6	3	0,9	0	0,0	0	0,0	2	0,6	3	0,9	1	0,3
10-14	101	46,8	5	2,3	0	0,0	0	0,0	4	1,9	0	0,0	1	0,5
15-19	3 907	1 615,7	197	81,5	0	0,0	1	0,4	12	5,0	17	7,0	0	0,0
20-24	3 613	1 573,2	215	93,6	1	0,4	0	0,0	52	22,6	36	15,7	5	2,2
25-29	1 534	600,0	75	29,3	0	0,0	0	0,0	61	23,9	39	15,3	9	3,5
30-34	644	258,5	49	19,7	0	0,0	1	0,4	84	33,7	56	22,5	10	4,0
35-39	299	123,3	23	9,5	0	0,0	2	0,8	48	19,8	63	26,0	10	4,1
40-44	134	47,0	13	4,6	0	0,0	1	0,4	30	10,5	83	29,1	14	4,9
45-49	65	20,0	4	1,2	0	0,0	1	0,3	37	11,4	84	25,9	2	0,6
50-54	22	7,1	4	1,3	0	0,0	2	0,6	17	5,5	52	16,7	4	1,3
55-64	21	4,1	5	1,0	0	0,0	0	0,0	39	7,6	60	11,8	3	0,6
65 et +	4	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	3,7	64	9,9	0	0,0
Inconnu	24		2		0		0		1		2		0	
Total	10 370	267,1	595	15,3	1	0,0	8	0,2	411	10,6	562	14,5	59	1,5

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

1. Taux 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, 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 provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), septembre 2009.
6. 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, 2008

Âge	Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		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	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	3	4,0	0	0,0
1-9	2	0,3	5	0,7	0	0,0	0	0,0	9	1,3	4	0,6	2	0,3
10-14	106	23,9	7	1,6	0	0,0	0	0,0	10	2,3	0	0,0	2	0,5
15-19	4 586	926,6	284	57,4	0	0,0	4	0,8	20	4,0	26	5,3	2	0,4
20-24	5 261	1117,0	490	104,0	2	0,4	29	6,2	85	18,0	86	18,3	26	5,5
25-29	2 595	495,0	305	58,2	1	0,2	39	7,4	116	22,1	122	23,3	48	9,2
30-34	1 154	225,4	190	37,1	0	0,0	31	6,1	155	30,3	145	28,3	60	11,7
35-39	609	122,7	113	22,8	1	0,2	50	10,1	110	22,2	191	38,5	41	8,3
40-44	309	53,3	96	16,6	0	0,0	78	13,5	112	19,3	313	54,0	74	12,8
45-49	182	27,9	83	12,7	3	0,5	64	9,8	98	15,0	359	55,0	51	7,8
50-54	83	13,5	42	6,8	1	0,2	40	6,5	77	12,5	250	40,5	48	7,8
55-64	58	5,8	29	2,9	0	0,0	25	2,5	128	12,8	231	23,1	27	2,7
65 et +	11	1,0	3	0,3	0	0,0	8	0,7	73	6,5	121	10,7	5	0,4
Inconnu	47		3		1		1		9		51		0	
Total	15 004	195,6	1 650	21,5	9	0,1	369	4,8	1003	13,1	1 902	24,8	386	5,0

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

1. Taux 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, 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 provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), septembre 2009.
6. Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

ANNEXE 2

NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE DE CERTAINES ITSS, SELON LA RÉGION, QUÉBEC, 2004 À 2009

Infection génitale à *C. trachomatis*, nombre de cas déclarés et taux d'incidence*, selon la région, Québec, 2004 à 2009

Région	2004		2005		2006		2007		2008		2009**		Variation 2008-2004			
	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx										
Bas-Saint-Laurent	256	126,7	303	150,6	251	125,2	210	105,2	236	118,6	272	137,1	-20	-7,8	-8,1	-6,4
Saguenay-Lac-Saint-Jean	447	161,3	388	140,9	390	142,2	412	150,8	372	136,6	391	144,1	-75	-16,8	-24,7	-15,3
Capitale-Nationale	1 275	192,0	1 230	184,4	1 266	189,1	1 209	180,2	1 320	196,4	1 312	194,8	45	3,5	4,4	2,3
Mauricie et Centre-du-Québec	1 052	217,3	1 028	212,3	1 015	209,5	975	201,2	1 048	216,3	1 079	222,6	-4	-0,4	-1,1	-0,5
Estrie	594	198,8	571	189,7	482	159,1	508	166,8	640	208,9	671	217,7	46	7,7	10,1	5,1
Montréal	3 234	172,7	3 350	177,9	3 513	185,4	3 759	196,9	4 191	217,9	4 256	219,7	957	29,6	45,2	26,2
Outaouais	560	165,6	589	172,1	585	169,3	705	202,5	790	225,3	838	237,2	230	41,1	59,7	36,1
Abitibi-Témiscamingue	305	210,6	332	230,8	314	219,6	340	238,9	299	211,1	297	211,1	-6	-2,0	0,6	0,3
Côte-Nord	329	341,2	316	330,7	259	273,2	305	323,8	269	287,4	252	271,6	-60	-18,2	-53,8	-15,8
Nord-du-Québec	40	255,2	39	254,2	30	200,0	29	198,0	13	90,9	37	264,9	-27	-67,5	-164,3	-64,4
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	132	137,1	108	113,1	110	116,2	99	105,5	109	117,2	114	123,8	-23	-17,4	-19,9	-14,5
Chaudière-Appalaches	427	108,5	418	106,0	395	100,0	352	89,0	356	89,9	445	112,3	-71	-16,6	-18,6	-17,2
Laval	583	160,9	596	163,0	603	163,6	653	176,0	760	203,6	794	211,4	177	30,4	42,6	26,5
Lanaudière	548	133,1	580	139,5	684	163,2	672	159,3	881	207,5	921	215,7	333	60,8	74,4	55,9
Laurentides	935	187,7	876	173,2	859	167,6	922	177,9	1 035	197,5	1 158	218,6	100	10,7	9,9	5,3
Montréal	1 665	123,6	1 522	112,2	1 603	117,5	1 826	133,2	2 136	155,1	2 389	172,7	471	28,3	31,5	25,5
Nunavik	283	2 762,1	267	2 573,5	270	2 572,2	283	2 666,0	313	2 916,8	252	2 327,5	30	10,6	154,7	5,6
Terres-Cries-de-la-Baie-James	183	1 332,0	188	1 348,1	206	1 459,1	206	1 445,2	234	1 627,7	283	1 954,0	51	27,9	295,7	22,2
Région non précisée	15		3		7		4		2		6		-13		0,0	
Province de Québec	12 863	170,9	12 704	167,9	12 842	168,9	13 469	176,3	15 004	195,6	15 769	204,7	2 141	16,6	24,7	14,5

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

* Taux pour 100 000 personnes-années.

** Le nombre de cas est une projection du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

Infection gonococcique, nombre de cas déclarés et taux d'incidence*, selon la région, Québec, 2004 à 2009

Région	2004		2005		2006		2007		2008		2009**		Variation 2008-2004			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	2	1,0	3	1,5	5	2,5	3	1,5	4	2,0	8	4,1	2	100,0	1,0	103,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	6	2,2	2	0,7	9	3,3	6	2,2	22	8,1	13	4,7	16	266,7	5,9	273,2
Capitale-Nationale	33	5,0	47	7,0	58	8,7	84	12,5	95	14,1	68	10,0	62	187,9	9,2	184,5
Mauricie et Centre-du-Québec	12	2,5	20	4,1	32	6,6	27	5,6	31	6,4	45	9,3	19	158,3	3,9	158,0
Estrie	9	3,0	10	3,3	12	4,0	13	4,3	12	3,9	10	3,1	3	33,3	0,9	30,0
Montréal	549	29,3	554	29,4	741	39,1	839	43,9	820	42,6	900	46,5	271	49,4	13,3	45,4
Outaouais	43	12,7	35	10,2	33	9,6	36	10,3	58	16,5	101	28,7	15	34,9	3,8	30,1
Abitibi-Témiscamingue	3	2,1	4	2,8	9	6,3	6	4,2	7	4,9	16	11,4	4	133,3	2,9	138,7
Côte-Nord	6	6,2	1	1,0	0	0,0	5	5,3	7	7,5	6	6,9	1	16,7	1,3	20,2
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,0	0	0,0	1		7,0	
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	0	0,0	1	1,1	2	2,1	1	1,1	2	1,7	1		1,1	
Chaudière-Appalaches	6	1,5	9	2,3	11	2,8	16	4,0	17	4,3	13	3,2	11	183,3	2,8	181,5
Laval	21	5,8	45	12,3	51	13,8	80	21,6	80	21,4	76	20,1	59	281,0	15,6	269,7
Lanaudière	15	3,6	20	4,8	44	10,5	45	10,7	53	12,5	68	15,8	38	253,3	8,8	242,7
Laurentides	24	4,8	18	3,6	54	10,5	41	7,9	40	7,6	74	14,0	16	66,7	2,8	58,5
Montérégie	68	5,0	94	6,9	133	9,7	135	9,8	181	13,1	166	12,0	113	166,2	8,1	160,3
Nunavik	16	156,2	27	260,2	61	581,1	60	565,2	191	1 779,9	169	1 556,6	175	1 093,8	1 623,7	1 039,8
Terres-Cries-de-la-Baie-James	13	94,6	12	86,0	20	141,7	11	77,2	29	201,7	26	177,6	16	123,1	107,1	113,2
Région non précisée	0		0		1		0		1		0		1		0,0	
Province de Québec	826	11,0	901	11,9	1 275	16,8	1 409	18,4	1 650	21,5	1 759	22,8	824	99,8	10,5	96,0

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

* Taux pour 100 000 personnes-années.

** Le nombre de cas est une projection du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée), nombre de cas déclarés et taux d'incidence*, selon la région, Québec, 2004 à 2009

Région	2004		2005		2006		2007		2008		2009**		Variation 2008-2004			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	14	6,9	5	2,5	7	3,5	0	0,0	12	6,0	2	0,8	-2	-14,3	-0,9	-13,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	17	6,1	7	2,5	7	2,6	9	3,3	8	2,9	5	1,8	-9	-52,9	-3,2	-52,1
Capitale-Nationale	70	10,5	60	9,0	47	7,0	42	6,3	60	8,9	48	7,2	-10	-14,3	-1,6	-15,3
Mauricie et Centre-du-Québec	19	3,9	18	3,7	17	3,5	25	5,2	14	2,9	23	4,6	-5	-26,3	-1,0	-26,4
Estrie	17	5,7	19	6,3	25	8,3	26	8,5	22	7,2	32	10,4	5	29,4	1,5	26,2
Montréal	739	39,5	706	37,5	663	35,0	635	33,3	623	32,4	624	32,2	-116	-15,7	-7,1	-17,9
Outaouais	22	6,5	48	14,0	31	9,0	35	10,1	44	12,5	39	10,9	22	100,0	6,0	92,9
Abitibi-Témiscamingue	8	5,5	7	4,9	2	1,4	6	4,2	6	4,2	3	2,3	-2	-25,0	-1,3	-23,3
Côte-Nord	7	7,3	5	5,2	3	3,2	0	0,0	3	3,2	5	5,2	-4	-57,1	-4,1	-55,8
Nord-du-Québec	2	12,8	0	0,0	1	6,7	0	0,0	2	14,0	0	0,0	0	0,0	1,2	9,6
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	5	5,2	2	2,1	2	2,1	5	5,3	4	4,3	2	1,7	-1	-20,0	-0,9	-17,2
Chaudière-Appalaches	14	3,6	8	2,0	12	3,0	9	2,3	13	3,3	16	4,1	-1	-7,1	-0,3	-7,7
Laval	59	16,3	35	9,6	51	13,8	52	14,0	39	10,4	50	13,3	-20	-33,9	-5,8	-35,9
Lanaudière	14	3,4	9	2,2	10	2,4	12	2,8	13	3,1	11	2,6	-1	-7,1	-0,3	-9,9
Laurentides	24	4,8	18	3,6	29	5,7	21	4,1	27	5,2	16	3,0	3	12,5	0,3	7,0
Montérégie	133	9,9	113	8,3	123	9,0	114	8,3	110	8,0	95	6,9	-23	-17,3	-1,9	-19,1
Nunavik	2	19,5	0	0,0	1	9,5	0	0,0	2	18,6	0	0,0	0	0,0	-0,9	-4,5
Terres-Cries-de-la-Baie-James	2	14,6	0	0,0	3	21,2	1	7,0	1	7,0	3	22,2	-1	-50,0	-7,6	-52,2
Région non précisée	0		1		0		1		0		0		0		0,0	
Province de Québec	1 168	15,5	1 061	14,0	1 034	13,6	993	13,0	1 003	13,1	973	12,6	-165	-14,1	-2,4	-15,7

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

* Taux pour 100 000 personnes-années.

** Le nombre de cas est une projection du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

Hépatite C (aiguë et non précisée), nombre de cas déclarés et taux d'incidence*, selon la région, Québec, 2004 à 2009

Région	2004		2005		2006		2007		2008		2009**		Variation 2008-2004			
	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx										
Bas-Saint-Laurent	18	8,9	14	7,0	10	5,0	21	10,5	11	5,5	21	10,5	-7	-38,9	-3,4	-38,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	27	9,7	27	9,8	24	8,8	22	8,1	27	9,9	31	11,3	0	0,0	0,2	1,8
Capitale-Nationale	175	26,3	165	24,7	144	21,5	113	16,8	151	22,5	172	25,5	-24	-13,7	-3,9	-14,7
Mauricie et Centre-du-Québec	123	25,4	111	22,9	140	28,9	100	20,6	96	19,8	95	19,6	-27	-22,0	-5,6	-22,0
Estrie	76	25,4	75	24,9	74	24,4	77	25,3	68	22,2	76	24,5	-8	-10,5	-3,2	-12,7
Montréal	1 302	69,5	1 159	61,6	983	51,9	833	43,6	862	44,8	836	43,2	-440	-33,8	-24,7	-35,5
Outaouais	107	31,6	93	27,2	94	27,2	77	22,1	89	25,4	92	26,0	-18	-16,8	-6,3	-19,8
Abitibi-Témiscamingue	51	35,2	36	25,0	42	29,4	38	26,7	48	33,9	40	28,5	-3	-5,9	-1,3	-3,7
Côte-Nord	24	24,9	10	10,5	17	17,9	9	9,6	11	11,8	16	17,3	-13	-54,2	-13,1	-52,8
Nord-du-Québec	3	19,1	1	6,5	2	13,3	0	0,0	2	14,0	0	0,0	-1	-33,3	-5,2	-26,9
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	15	15,6	11	11,5	13	13,7	10	10,7	17	18,3	13	13,9	2	13,3	2,7	17,3
Chaudière-Appalaches	37	9,4	55	13,9	52	13,2	39	9,9	43	10,9	34	8,5	6	16,2	1,5	15,5
Laval	122	33,7	95	26,0	85	23,1	79	21,3	69	18,5	59	15,8	-53	-43,4	-15,2	-45,1
Lanaudière	83	20,2	72	17,3	87	20,8	73	17,3	45	10,6	50	11,7	-38	-45,8	-9,6	-47,4
Laurentides	185	37,1	159	31,4	149	29,1	129	24,9	160	30,5	190	35,8	-25	-13,5	-6,6	-17,8
Montérégie	399	29,6	319	23,5	291	21,3	235	17,1	200	14,5	219	15,8	-199	-49,9	-15,1	-51,0
Nunavik	1	9,8	0	0,0	1	9,5	0	0,0	1	9,3	0	0,0	0	0,0	-0,4	-4,5
Terres-Cries-de-la-Baie-James	4	29,1	2	14,3	1	7,1	4	28,1	2	13,9	2	11,1	-2	-50,0	-15,2	-52,2
Région non précisée	7		0		1		0		0		3		-7	-100,0		0,0
Province de Québec	2 759	36,7	2 404	31,8	2 210	29,1	1 859	24,3	1 902	24,8	1 947	25,3	-857	-31,1	-11,9	-32,4

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

* Taux pour 100 000 personnes-années.

** Le nombre de cas est une projection du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

Lymphogranulomatose vénérienne, nombre de cas déclarés et taux d'incidence*, selon la région, Québec, 2004 à 2009

Région	2004		2005		2006		2007		2008		2009**		Variation 2008-2004			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Saguenay-Lac-Saint-Jean	0		0		1	0,4	0		0		0		0		0,0	
Capitale-Nationale	0		0		0		0		1	0,1	0		1		0,1	
Mauricie et Centre-du-Québec	0		0		0		0		1	0,2	0		1		0,2	
Estrie	0		1	0,3	0		0		0		0		0		0,0	
Montréal	1	0,1	24	1,3	38	2,0	9	0,5	3	0,2	0		2	200,0	0,1	192,1
Outaouais	0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Abitibi-Témiscamingue	0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Côte-Nord	0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Nord-du-Québec	0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Chaudière-Appalaches	0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Laval	0		0		2	0,5	0		1	0,3	0		1		0,3	
Lanaudière	0		0		0		0		2	0,5	0		2		0,5	
Laurentides	0		0		0		0		1	0,2	0		1		0,2	
Montérégie	0		0		3	0,2	0		0		0		0		0,0	
Nunavik	0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Province de Québec	1	0,0	25	0,3	44	0,6	9	0,1	9	0,1	0	0,0	8	800,0	0,1	783,1

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

* Taux pour 100 000 personnes-années.

** Le nombre de cas est une projection du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

Syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an), nombre de cas déclarés et taux d'incidence*, selon la région, Québec, 2004 à 2009

Région	2004		2005		2006		2007		2008		2009**		Variation 2008-2004			
	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx										
Bas-Saint-Laurent	7	3,5	0	0,0	0	0,0	2	1,0	0	0,0	0	0,0	-7	-100,0	-3,5	-100,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	3	1,1	5	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6	-3	-100,0	-1,1	-100,0
Capitale-Nationale	48	7,2	18	2,7	12	1,8	11	1,6	26	3,9	40	6,0	-22	-45,8	-3,4	-46,5
Mauricie et Centre-du-Québec	4	0,8	1	0,2	6	1,2	7	1,4	7	1,4	3	0,7	3	75,0	0,6	74,8
Estrie	5	1,7	0	0,0	3	1,0	0	0,0	0	0,0	10	3,1	-5	-100,0	-1,7	-100,0
Montréal	126	6,7	180	9,6	292	15,4	171	9,0	261	13,6	182	9,4	135	107,1	6,8	101,7
Outaouais	3	0,9	2	0,6	11	3,2	2	0,6	5	1,4	5	1,4	2	66,7	0,5	60,8
Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,1	0		0,0	
Côte-Nord	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0		0,0	
Nord-du-Québec	2	12,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-2	-100,0	-12,8	-100,0
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	1,1	0	0,0	8	8,7	0		0,0	
Chaudière-Appalaches	9	2,3	5	1,3	2	0,5	2	0,5	4	1,0	5	1,2	-5	-55,6	-1,3	-55,8
Laval	2	0,6	6	1,6	4	1,1	5	1,3	4	1,1	10	2,6	2	100,0	0,5	94,1
Lanaudière	6	1,5	5	1,2	9	2,1	8	1,9	12	2,8	13	3,0	6	100,0	1,4	94,0
Laurentides	6	1,2	6	1,2	9	1,8	3	0,6	12	2,3	10	1,8	6	100,0	1,1	90,2
Montérégie	19	1,4	28	2,1	29	2,1	34	2,5	38	2,8	21	1,5	19	100,0	1,3	95,6
Nunavik	1	9,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	14,8	-1	-100,0	-9,8	-100,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0		0,0	
Province de Québec	241	3,2	257	3,4	378	5,0	246	3,2	369	4,8	310	4,0	128	53,1	1,6	50,2

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

* Taux pour 100 000 personnes-années.

** Le nombre de cas est une projection du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 15 août 2009).

VIH, nombre de cas enregistrés et taux d'incidence*, selon la région, Québec, 2004 à 2008

Région	2004		2005		2006		2007		2008		Variation 2008-2004			
	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx								
Bas-Saint-Laurent	4	2,0	2	1,0	5	2,5	2	1,0	8	4,0	4	100,0	2,0	103,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	5	1,8	7	2,5	2	0,7	2	0,7	2	0,7	-3	-60,0	-1,1	-59,3
Capitale-Nationale	32	4,8	32	4,8	33	4,9	19	2,8	28	4,2	-4	-12,5	-0,7	-13,5
Mauricie et Centre-du-Québec	5	1,0	6	1,2	7	1,4	4	0,8	11	2,3	6	120,0	1,2	119,8
Estrie	4	1,3	4	1,3	4	1,3	6	2,0	7	2,3	3	75,0	0,9	70,7
Montréal	265	14,1	282	15,0	308	16,3	218	11,4	248	12,9	-17	-6,4	-1,3	-8,9
Outaouais	9	2,7	14	4,1	16	4,6	14	4,0	4	1,1	-5	-55,6	-1,5	-57,1
Abitibi-Témiscamingue	2	1,4	1	0,7	0	0,0	1	0,7	2	1,4	0	0,0	0,0	2,3
Côte-Nord	3	3,1	5	5,2	1	1,1	0	0,0	2	2,1	-1	-33,3	-1,0	-31,3
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0		0,0	
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	2	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0		0,0	
Chaudière-Appalaches	5	1,3	2	0,5	1	0,3	0	0,0	2	0,5	-3	-60,0	-0,8	-60,3
Laval	11	3,0	12	3,3	12	3,3	13	3,5	12	3,2	1	9,1	0,2	5,9
Lanaudière	6	1,5	10	2,4	12	2,9	8	1,9	8	1,9	2	33,3	0,4	29,3
Laurentides	11	2,2	8	1,6	16	3,1	18	3,5	15	2,9	4	36,4	0,7	29,7
Montérégie	27	2,0	33	2,4	39	2,9	30	2,2	37	2,7	10	37,0	0,7	34,0
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,4	0	0,0	0		0,0	
Terres-Cries-de-la-Baie-James	3	21,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-3	-100,0	-21,8	-100,0
Province de Québec	392	5,2	420	5,6	456	6,0	336	4,4	386	5,0	-6	-1,5	-0,2	-3,4

Source : Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), septembre 2009.

* Taux pour 100 000 personnes-années. L'incidence est estimée à partir du nombre de nouveaux diagnostics.

ANNEXE 3

NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE DE CERTAINES ITSS, SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE, CANADA, 2007 ET 2008

Province/Territoire	INFECTION GÉNITALE À <i>C. TRACHOMATIS</i>			
	Nombre de cas		Taux	
	2007	2008	2007 ¹	2008 ²
National	73 883	79 006	224,4	237,2
Terre-Neuve	503	597	99,3	117,5
Île-du-Prince-Édouard	168	194	121,6	138,8
Nouvelle-Écosse	1 788	2 033	191,0	216,7
Nouveau-Brunswick	1 250	1 389	167,7	185,9
Québec	13 469	14 992	175,2	193,4
Ontario	23 324	26 084	182,3	201,7
Manitoba	5 590	6 976	468,4	577,5
Saskatchewan	4 400	4 853	440,1	477,7
Alberta	11 194	8 849	318,8	246,8
Colombie-Britannique	9 974	10 599	231,4	241,9
Yukon	218	232	669,1	700,0
Territoires du Nord-Ouest	753	870	1 729,6	2 010,0
Nunavut	1 252	1 338	4 006,3	4 254,6

Province/Territoire	INFECTION GONOCOCCIQUE			
	Nombre de cas		Taux	
	2007	2008	2007 ¹	2008 ²
National	11 886	12 605	36,1	37,8
Terre-Neuve	19	14	3,8	2,8
Île-du-Prince-Édouard	2	8	1,4	5,7
Nouvelle-Écosse	72	144	7,7	15,3
Nouveau-Brunswick	47	35	6,3	4,7
Québec	1 408	1 648	18,3	21,3
Ontario	3 960	3 843	31,0	29,7
Manitoba	1 484	1 371	124,3	113,5
Saskatchewan	1 033	1 298	103,3	127,8
Alberta	2 194	2 141	62,5	59,7
Colombie-Britannique	1 276	1 424	29,6	32,5
Yukon	15	17	46,0	51,3
Territoires du Nord-Ouest	221	299	507,6	690,8
Nunavut	155	363	496,0	1 154

Province/Territoire	HÉPATITE C ³			
	Nombre de cas		Taux	
	2007	2008	2007 ¹	2008 ²
National	12 114	11 813	36,8	35,5
Terre-Neuve	95	99	18,8	19,5
Île-du-Prince-Édouard	49	47	35,5	33,6
Nouvelle-Écosse	224	279	23,9	29,7
Nouveau-Brunswick	206	177	27,6	23,7
Québec	1 862	1 898	24,2	24,5
Ontario	4 479	4 543	35,0	35,1
Manitoba	347	349	29,1	28,9
Saskatchewan	609	704	60,9	69,3
Alberta	1 290	1 194	36,7	33,3
Colombie-Britannique	2 898	2 479	67,2	56,6
Yukon	37	28	113,6	84,5
Territoires du Nord-Ouest	16	14	36,8	32,3
Nunavut	2	2	6,4	6,4

Province/Territoire	SYPHILIS INFECTIEUSE ⁴			
	Nombre de cas		Taux	
	2007	2008	2007 ¹	2008 ²
National	1 228	1 321	3,7	4,0
Terre-Neuve	2	8	0,4	1,6
Île-du-Prince-Édouard	1	1	0,7	0,7
Nouvelle-Écosse	3	1	0,3	0,1
Nouveau-Brunswick	4	6	0,5	0,8
Québec	245	347	3,2	4,5
Ontario	386	414	3,0	3,2
Manitoba	27	13	2,3	1,1
Saskatchewan	10	9	1,0	0,9
Alberta	250	147	7,1	4,1
Colombie-Britannique	300	328	7,0	7,5
Yukon	0	0	0,0	0,0
Territoires du Nord-Ouest	0	47	0,0	108,6
Nunavut	0	0	0,0	0,0

Province/Territoire	TEST POSITIF POUR LE VIH ⁵			
	Nombre de tests positifs		Taux	
	2007	2008	2007 ¹	2008 ²
National	2 452	2 623	8,8	9,3
Terre-Neuve	0	3	0,0	0,7
Île-du-Prince-Édouard	0	1	2,0	1,2
Nouvelle-Écosse	18	10		
Nouveau-Brunswick	13	8	2,1	1,3
Québec	536	649	8,3	9,8
Ontario	1 068	1 120	9,9	10,3
Manitoba	80	88	8,2	9,0
Saskatchewan	124	174	14,9	20,8
Alberta	218	210	7,5	7,0
Colombie-Britannique	391	358	10,8	9,5
Yukon	0	2	0,0	7,3
Territoires du Nord-Ouest	4	0	8,9	0,0
Nunavut	0	0	0,0	0,0

Sources : Agence de la santé publique du Canada, Section de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, septembre 2009.

Agence de la santé publique du Canada, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Section de surveillance du VIH et du sida, November 2009. [www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index_f.html#rap].

Ces données sont préliminaires. Il peut y avoir une légère différence entre les données déclarées par les provinces et les territoires et celles de l'Agence, en ce cas, ce sont les premières qui servent de référence.

1. Taux pour 100 000 personnes-années, basé sur tous les cas déclarés.
2. Taux pour 100 000 personnes-années, basé sur tous les cas déclarés ou extrapolés pour l'année.
3. Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë, chronique et non précisée).
4. Comprend tous les cas de syphilis (primaire, secondaire et latente précoce).
5. Les données rendent compte le plus fidèlement possible du nombre de nouveaux cas de séropositivité. Le Québec ne déclare que les tests positifs pour le VIH dont il est certain qu'ils ne sont pas enregistrés en doublon. Les taux sont pour les personnes âgées de 15 ans et plus.

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 2008 Étude transversale. Hommes <i>québécois</i> ayant des relations sexuelles avec des hommes; recrutés dans une quarantaine de lieux de socialisation (n = 1 873) dont 75 % résidaient sur le territoire de l'île de Montréal.	Mai 2008 – mars 2009	18-29 ans	4,5		2,0	
		30-39 ans	15,1		4,4	
		40-49 ans	18,3		5,1	
		50-59 ans	16,8		1,6	
		60 ans ou plus	11,2		1,6	
		Total	13,5 (12,0-15,1)		3,4 (2,5-4,2)	
ARGUS 2005 Étude transversale. Hommes <i>montréalais</i> ayant des relations sexuelles avec des hommes recrutés dans une quarantaine de lieux de socialisation (n = 1 957).	Février 2005 – août 2005			1,3 (0,54-2,25)		
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 = 10 931; 8 256 hommes et 2 675 femmes).	Infection au VIH 1995 – juin 2008	Hommes				
		≤19 ans	0,2		20,9	
	Infection au VHC 2003 – juin 2008	20-24 ans	4,1		38,1	
		25-29 ans	8,1		50,9	
		30-34 ans	16,4		55,5	
		35-39 ans	20,6		70,1	
		≥40 ans	23,0		76,4	
		Tous	15,3		63,5	
		Femmes				
	≤19 ans	0,4		27,0		
	20-24 ans	4,3		45,3		
	25-29 ans	12,1		54,2		
	30-34 ans	19,4		67,8		
	35-39 ans	18,8		74,5		
	≥40 ans	17,7		76,0		
Toutes	11,3		60,6			
Ottawa			15,5		56,5	
Outaouais			17,8		50,0	
Montréal			17,6	3,3	68,4	27,4
Québec			10,9	2,4	67,4	30,8
Semi urbains			6,6	1,3	52,7	14,1
		Total	14,0 (13,8-15,2)	2,9 (2,5-3,2)	63,0 (60,4-63,7)	27,0 (24,3-29,7)

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 Non-UDI à vie	2,0 0		30,7 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 (13,5 %) était infecté par le VIH (près de un répondant sur cinq parmi les hommes âgés entre 40 et 49 ans) parmi les participants à l'étude ARGUS 2008. Le taux d'incidence était de 1,3 par 100 p.-a. parmi les participants à l'étude **ARGUS 2005**.

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 à **ARGUS 2008**, 3,4 % 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.

Syphilis Un participant sur vingt était ou avait déjà été infecté par la syphilis dans le passé (**ARGUS 2005**).

Prévalence de marqueurs de la syphilis selon l'âge, ARGUS 2005	
Groupe d'âges	Prévalence (%)
18-29 ans	0,8
30-39 ans	4,3
40-49 ans	4,7
50-59 ans	10,9
60 ans ou plus	16,4
Total	5,1 (IC 95 % : 3,7-6,5)

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 (22,3 %) est déjà infecté par le VIH. La prévalence brute du VIH est de 6,6 % parmi les UDI recrutés dans les programmes implantés dans des régions semi-urbaines, et de 15,2 % parmi les UDI recrutés dans les programmes en régions urbaines. L'incidence globale du VIH est de 2,9 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, depuis 2002 dans le réseau et, depuis 2003, à Québec et Ottawa/Outaouais, ne sont pas statistiquement significatives (étude **SurvUDI**).

VHC Chez les 40 ans ou plus, un peu plus de trois individus sur quatre (76 %) sont déjà infectés par le VHC. La prévalence brute du VHC est de 65 % en milieu urbain et de 53 % en milieu semi-urbain. Le taux d'incidence dans cette population était de 27 par 100 personnes-années.

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 37,6, 33,4 et 32,1 par 100 personnes-années en 2004, 2005 et 2006 respectivement, une augmentation statistiquement significative (étude **SurvUDI**).

JEUNES EN DIFFICULTÉS

JEUNES HÉBERGÉS DANS LES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC

- Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*** L'étude **Sexe, drogue et autres questions de santé** effectuée en 2008 auprès de 610 jeunes hébergés dans des centres jeunesse du Québec a montré une prévalence de l'infection génitale à *C. trachomatis* de 1,9 % chez les garçons et de 9,3 % chez les filles (jeunes âgés de 14 à 17 ans).
- Infection gonococcique** Cette même étude a montré une prévalence de l'infection gonococcique nulle chez les garçons et de 1,7 % chez les filles (jeunes âgés de 14 à 17 ans).

JEUNES DE LA RUE

Les données de la **cohorte des Jeunes de la rue de Montréal** 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.
- Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*** Une étude réalisée en 2000 auprès de 302 jeunes de la rue de Montréal a montré une prévalence de l'infection génitale à *C. trachomatis* de 6,6 %. Parmi les jeunes âgés de 14 à 20 ans, la prévalence de la chlamydie 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 chlamydie 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 %).
- Infection gonococcique** La même étude réalisée en 2000 auprès de 302 jeunes de la rue de Montréal a montré une prévalence nulle de l'infection gonococcique.

PERSONNES INCARCÉRÉES

Dans chaque établissement de détention participant à l'**étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec**, la prévalence de ces infections 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 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 PARMİ DIVERSES POPULATIONS QUÉBÉCOISES

INDICATEURS				
Population générale	2008 - 2009 n = 38 154 (H = 17 150, F = 21 004)			
Enquête québécoise sur la santé de la population 2008; données préliminaires, Institut de la statistique du Québec, 2009. Personnes âgées de 15 ans ou plus	Groupe d'âge	Hommes %	Femmes %	Total %
Relations sexuelles au moins une fois au cours de la vie selon l'âge et le sexe	15-19 ans	60,0	63,4	61,6
	20-29 ans	95,6	93,5	94,5
	30-39 ans	98,7	99,2	98,9
	40-49 ans	98,9	98,9	98,9
	50 et +	98,4	97,6	98,0
	Total	94,3	94,6	94,5
Parmi les personnes ayant eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois				
Plus d'un partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois, selon l'âge et le sexe (parmi les personnes ayant eu des relations sexuelles avec une personne de <i>sexe opposé</i> au cours des 12 derniers mois)	15-19 ans	40,8	31,3	36,0
	20-29 ans	28,4	16,1	22,1
	30-39 ans	12,3	7,5	9,9
	40-49 ans	7,4	5,4	6,4
	50 et +	5,5	1,7	3,8
	Total	12,9	8,2	10,7
Utilisation du condom « jamais » lors des relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale selon l'âge et le sexe (parmi les personnes ayant eu des relations sexuelles avec <i>plus d'un</i> partenaire de sexe opposé au cours des 12 derniers mois)	15-29 ans	8,6*	8,1*	8,4
	30-40 ans	10,6*	23,8*	15,5*
	41-54 ans	29,9	32,4*	30,9
	55 et +	43,2	54,5*	45,3
	Total	15,9	17,2	16,4
Relations sexuelles avec une personne du même sexe au cours des 12 derniers mois		2,5	1,8	2,2
Plus d'un partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois (parmi les personnes ayant eu des relations sexuelles avec une personne de même sexe au cours des 12 derniers mois)		41,5	50,3	45,0
Antécédent d'au moins une ITSS à vie; diagnostic reçu d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère)	20-29 ans	8,5*	13,0	10,8
	30-39 ans	8,2	12,6	10,4
	40-49 ans	8,9	11,6	10,3
	50 et +	6,1	6,2	6,2
	Total	7,1	9,2	8,2

* Précision « passable », coefficient de variation entre 15 et 25 %, à interpréter avec circonspection.

Jeunes				
1. Enquête nationale sur la santé de la population (Canada 1996-1997) et enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Canada, cycle 2003 et cycle 2005)	Groupe	1996-1997	2003	2005
Parmi les jeunes âgés 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 d'un partenaire sexuel(e) 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 ($p < 0,05$)

		2009	
2. Sondage téléphonique SOM sur les habitudes sexuelles et le port du condom auprès des jeunes québécois Jeunes âgés de 16 à 24 ans, dont 48 % résidaient sur le territoire de l'île de Montréal		n = 1 002 (H = 511 ; F = 490)	
		Groupe	%
Relations sexuelles vaginales ou anales au moins une fois au cours de la vie		16-18 ans	56
		19-21 ans	83
		22-24 ans	95
		Total	77
Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles			
Nombre moyen de partenaires sexuels à vie		16-18 ans	(3,0)
		19-21 ans	(5,1)
		22-24 ans	(6,7)
		Total	(5,2)
Relations sexuelles avec au moins un partenaire « occasionnel » 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 »)		16-18 ans	15
		19-21 ans	23
		22-24 ans	23
		Garçons	26
		Filles	14
		Total	20
Utilisation du condom « toujours » lors des relations vaginales avec des partenaires « occasionnels » au cours des 12 derniers mois			70
Relations sexuelles avec au moins un 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)		16-18 ans	9
		19-21 ans	17
		22-24 ans	14
		Garçons	20
		Filles	7
		Total	13
Utilisation du condom « toujours » lors des relations vaginales avec des partenaires « d'un soir » au cours des 12 derniers mois			75
Relations sexuelles avec une personne du même sexe au cours de la vie			4

		2005	
2b. Sondage téléphonique de l'Association canadienne pour la santé des adolescents et de la firme IPSOS portant sur la santé sexuelle des jeunes canadiens Jeunes âgés de 14 à 17 ans		n = 1 139	
		Groupe	%
Relations sexuelles au moins une fois au cours de la vie		15 ans	20
		17 ans	45
		Total	27
Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles			
Relations sexuelles avec pénétration anale au moins une fois à vie		Garçons	8
		Filles	11
Nombre moyen de partenaires sexuels à vie		Garçons	(3,6)
		Filles	(2,4)
Activités sexuelles « occasionnelles/en passant » avec un/une partenaire juste pour le plaisir sans qu'il y ait nécessairement d'attachement émotionnel, au moins une fois à vie		Garçons	44
		Filles	32
Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle			75
Vérification que le condom est intact après la dernière relation sexuelle (parmi ceux qui ont utilisé le condom)			50
Relations sexuelles avec une personne du même sexe au moins une fois à vie		Garçons	5
		Filles	11
Antécédent d'un diagnostic d'ITSS au moins une fois à vie		Filles	5

3. Enquête sur la santé sexuelle auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal Jeunes âgée entre 16 et 25 ans	2005-2006 n = 3 047 (H = 1 228, F = 1 819)	
	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 ans) (16 ans) (16 ans)
Relations sexuelles avec une personne du 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 » lors 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 et 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
Nombre moyen et médian de relations sexuelles avec un partenaire habituel avant que soit abandonnée l'utilisation du condom (parmi les personnes ayant un partenaire habituel au moment de l'enquête, ayant utilisé régulièrement le condom au début de cette relation amoureuse et ayant cessé d'utiliser le condom par la suite)		(24) (15)
Relations sexuelles « en groupe » au moins une fois au cours des six derniers mois	Hommes Femmes Total	8,3 5,8 6,8
Relations sexuelles sous l'influence d'alcool ou de drogue la moitié des fois ou plus au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes Total	17,5 13,6 15,2
Test de détection de l'infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> 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 à vie ; diagnostic reçu d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère)	Hommes Femmes Total	3,4 7,0 5,6

4. Étude « Sexe, drogue et autres questions de santé » auprès des jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec Jeunes âgés de 14 à 17 ans	2008-2009 n= 578 (G= 335; F= 243)	
	Groupe	%
Relations sexuelles orales, vaginales ou anales au moins une fois au cours de la vie	Gars Filles	88,7 89,3
Parmi les répondants ayant déjà eu des relations sexuelles		
Première relation sexuelle vaginale avant l'âge de 14 ans	Gars Filles	59,7 57,6
Nombre moyen de partenaires de relations sexuelles vaginales au cours de la vie	Gars Filles	(10,4) (9,5)
Relations sexuelles avec une personne du même sexe au moins une fois à vie	Gars Filles	5,0 31,8
Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle vaginale avec un partenaire « d'un soir »	Gars Filles	70,5 55,6
Utilisation du condom et d'une autre méthode contraceptive lors de la dernière relation sexuelle vaginale avec un(e) partenaire autre qu'un(e) partenaire habituel(le)	Gars Filles	22,6 29,2
Recherche de partenaires sexuels sur Internet au moins une fois au cours de l'année précédent l'admission en centre jeunesse	Gars Filles	11,7 8,2
Relations sexuelles « en groupe » au moins une fois à vie	Gars Filles	43,2 38,4
Argent reçu en échange de relations sexuelles au moins une fois à vie	Gars Filles	4,7 16,1
Biens autres que de l'argent (drogue, cadeaux, endroit où dormir, etc.) reçus en échange de relations sexuelles au moins une fois à vie	Gars Filles	6,1 22,6
Utilisation d'une contraception d'urgence (pilule du lendemain) au moins une fois à vie	Filles	43,0
Grossesse au moins une fois à vie	Fille	24,9
Test de détections de la l'infection génitale à <i>Chlamydis trachomatis</i> au moins une fois à vie	Gars Filles	28,9 61,1
Antécédent d'au moins une ITSS à vie ; diagnostic reçu d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère)	Gars Fille	3,4 17,6
Relations sexuelles sous l'influence d'alcool ou de drogue la moitié des fois ou plus au cours des relations sexuelles à vie	Gars Filles	47,8 42,9
Parmi l'ensemble des répondants		
Consommation de cannabis au moins trois et plus par semaine au cours de l'année précédent l'admission en centre jeunesse	Gars Filles	64,7 50,8
Consommation de cocaïne au moins une fois au cours de l'année précédent l'admission en centre jeunesse	Gars Fille	34,6 36,8
Injection de drogue au moins une fois à vie	Gars Filles	1,7 6,8

5. Étude « Cohorte des jeunes de la rue de Montréal » Jeunes âgés entre 14 et 23 ans	2001-2004 n= 860 (G= 593, F=267)	
	Groupe	%
Relations sexuelles orales, vaginales ou anales au moins une fois au cours de la vie	Garçons Filles	99 99
Âge moyen à la première relation sexuelle	Garçons Filles	(14,1) (14,3)
Relations sexuelles avec une personne du même sexe au cours de la vie	Garçons Filles	17 30
Histoire d'abus sexuel	Garçons Filles	26 62
Relations sexuelles en échange d'argent reçu au moins une fois au cours de la vie	Garçons Filles	18 37
Utilisation du condom « toujours » lors des relations sexuelles au cours des six derniers mois		25
Antécédent d'au moins une ITSS au moins une fois au cours de la vie	Garçons Filles	29 28
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	
Étude « ARGUS 2008 » auprès d'HARSAH québécois Personnes âgées de 18 ans ou plus, dont 75 % résidaient sur le territoire de l'île de Montréal	2008-2009 n=1873
	%
Relations sexuelles orales ou anales avec un homme au cours des six derniers mois	95,9
Parmi les répondants sexuellement actifs au cours des six derniers mois	
Relations sexuelles avec un partenaire « d'un soir » au moins une fois au cours des six derniers mois	66,4
Relations sexuelles avec six partenaires « d'un soir » ou plus au cours des six derniers mois	31,4
Relations sexuelles « en groupe » au moins une fois au cours des six derniers mois	34,0
Relations anales au moins une fois avec un partenaire masculin au cours des six derniers mois	71,6
Relation anale sans condom au moins une fois avec un partenaire sexuel considéré comme « à risque » (partenaire « d'un soir », partenaire occasionnel ou habituel infecté par le VIH, partenaire occasionnel ou habituel dont on ne connaît pas s'il est infecté ou non) (parmi les répondants non infectés par le VIH ou ne sachant pas leur statut VIH)	26,9
Argent donné en échange de relations sexuelles au moins une fois au cours des six derniers mois	5,4
Argent reçu en échange de relations sexuelles au moins une fois au cours des six derniers mois	4,5
Ensemble des répondants	
Discrimination (sous forme d'insultes ou de harcèlement ou de rejet ou de violence physique) subie au cours des six derniers mois à cause de l'orientation sexuelle ou des activités sexuelles	22,7
Fréquentation d'un sauna pour faire la rencontre de partenaires sexuels au moins une fois au cours des six derniers mois	60,8
Recherche de partenaires sexuels sur Internet au moins une fois au cours des six derniers mois	28,5
Consommation de cocaïne par voie nasale au moins une fois au cours des six derniers mois	22,1
Injection de drogue ou de stéroïde au moins une fois au cours des six derniers mois	4,6
Vaccination contre l'hépatite B (plus d'une dose)	62,5
Test de détection de la syphilis au moins une fois au cours des douze derniers mois	42,5
Test de détection du VIH au moins une fois au cours des douze derniers mois (parmi les personnes ne se sachant pas déjà infectées par le VIH)	51,7
Ignorance de son infection (parmi les personnes infectées par le VIH selon le résultat du test fait au moment de l'étude)	14,5
Prise d'une médication antiretrovirale au moment de la participation à l'étude (parmi les hommes se sachant infectés par le VIH)	66,8
Antécédent d'au moins une ITSS autre que l'infection par le VIH au cours de la vie ; diagnostic reçu d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère)	45,0
Prise d'une prophylaxie post-exposition sexuelle au moins une fois au cours de la vie	6,1

Personnes utilisatrices de drogues par injection		
Étude « SurvUDI »	Données 1995-2008 (30 juin) n = 10 931 (H = 8 256, F= 2 675)	
	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 2003-2008	
	Hommes	54,4
	Femmes	45,3
Argent reçu en échange de relations sexuelles au moins une fois au cours des six derniers mois	Période 1995-2008	
	<i>UDI milieu urbain</i>	
	Hommes	8,1
	Femmes	41,2
	<i>UDI milieu semi-urbain</i>	
	Hommes	8,4
	Femmes	31,7
Injection de cocaïne au moins une fois au cours des six derniers mois	Période 1995-2008	
	24 ans ou moins	75,2
	25 ans ou plus	87,7
Injection d'héroïne au moins une fois au cours des six derniers mois	Période 1995-2008	
	24 ans ou moins	52,8
	25 ans ou plus	23,6
Injection de drogues au moins une fois par jour au cours du dernier mois	Période 1995-2008	
	UDI milieu urbain	29,4
	UDI milieu semi-urbain	14,4
Injection de drogues avec une seringue déjà utilisée par d'autres au cours des six derniers mois	Période 2003-2008	25,4
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 2003-2008	24
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 2003-2008	27

Personnes incarcérées		
Étude auprès de personnes incarcérées dans sept établissements de compétence provinciale	2005-2006 n = 1 607 (H = 1 357, F = 250)	
	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 Québécois nés en Haïti ou qui ont au moins un parent né en Haïti Personnes âgées entre 15 et 49 ans et qui consultent des médecins généralistes	2007-2008 n = 624 (H = 232, F = 391, non spécifié = 1)	
	Groupe	%
<i>Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles à vie avec une personne de sexe opposé</i>		
Relations sexuelles avec au moins un(e) partenaire régulier(ère) au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes Total	92,5 84,7 87,5
Relations sexuelles avec au moins un(e) partenaire occasionnel(le) au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes Total	39,7 18,8 26,8
Utilisation d'un condom « toujours (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 Femmes 15-29 ans 30-49 ans	48,7 34,5 40,7 46,6
Test de détection du VIH à vie	Hommes Femmes 15-29 ans 30-49 ans	61,1 69,6 54,7 77,3

Peuples autochtones		
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003. Enquête auprès des résidents des neuf communautés criées 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*
	0-49 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

