Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec

Année 2010 (et projection 2011)

COLLECTION

Analyses et surveillance

42

Québec

Réalisation :

Gilles Lambert — Médecin-conseil, Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Sylvie Venne — Médecin-conseil, Service de lutte contre les ITSS
Direction du développement des individus et de l'environnement social
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylfreed Minzunza — Analyste en programmation, Bureau de la surveillance et de la vigie
Direction de la protection de la santé publique Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Édition produite par :

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

Le présent 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, 2011
Bibliothèque et Archives Canada, 2011
ISBN : 978-2-550-63625-0

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 de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2011

REMERCIEMENTS

Nous remercions les cliniciens et le personnel des laboratoires de microbiologie, des centres de santé et de services sociaux ainsi que 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 dont viennent les données qui ont permis de dresser le présent portrait des ITSS.

Nous souhaitons enfin souligner la collaboration de nos collègues du Bureau de la surveillance et de la vigie ainsi que du Service de lutte contre les ITSS du ministère de la Santé et des Services sociaux, de même que la collaboration de nos collègues de l'Institut national de santé publique du Québec et du Laboratoire de santé publique du Québec.

La présente édition est enrichie par la contribution aux éditions antérieures de Louise Ringuette, alors agente de planification, de programmation et de recherche au Bureau de la surveillance et de la vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux et des figures 5

Liste des sigles et des acronymes 7

Introduction 8

Notes méthodologiques 9

Infections transmissibles sexuellement et par le sang à déclaration obligatoire (ITSS-MADO) 11

- **Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*** 14
- **Infection gonococcique** 19
- **Syphilis infectieuse** 25
- **Lymphogranulomatose vénérienne** 32
- **Hépatite B** 35
- **Hépatite C** 39
- **VIH** 43

Populations particulièrement touchées 49

- Jeunes âgés de 15 à 24 ans 49
- Jeunes en difficulté 51
- Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes 53
- Personnes consommant des drogues par injection 55
- Québécois originaires de régions où le VIH est fortement endémique 57
- Autochtones 58

Bibliographie 59

ANNEXE 1 62

Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, selon l'âge et le sexe, Québec, 2010

ANNEXE 2 65

Résultats d'études épidémiologiques portant sur des indicateurs de comportements associés aux ITSS dans diverses populations québécoises

ANNEXE 3 76

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 dans diverses populations québécoises

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Tableau 1 : Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, Québec (2006, 2010 et 2011p)

Tableau 2 : Taux brut d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2010

INFECTION GÉNITALE À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Figure 1 : Infection génitale à *C. trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, 1990 à 2011p

Figure 2 : Infection génitale à *C. trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2010

Figure 3 : Infection génitale à *C. trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 2000 à 2011p

Figure 4 : Infection génitale à *C. trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, 2000 à 2011p

Tableau 3 : Infection génitale à *C. trachomatis* : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, 2006 à 2011p

INFECTION GONOCOCCIQUE

Figure 5 : Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, 1990 à 2011p

Figure 6 : Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2010

Figure 7 : Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 2000 à 2011p

Figure 8 : Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, 2000 à 2011p

Tableau 4 : Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, 2006 à 2011p

SYPHILIS INFECTIEUSE

Figure 9 : Syphilis infectieuse : taux brut d'incidence des cas déclarés, sexes réunis et hommes seulement, Québec, 1984 à 2011p

Figure 10 : Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, 1990 à 2011p

Figure 11 : Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2010

Figure 12 : Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, 2000 à 2011p

Figure 13 : Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, 2000 à 2011p

Tableau 5 : Syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, 2006 à 2011p

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Figure 14 : Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, 2003 à 2011p

Figure 15 : Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2006 à 2011p

Tableau 6 : Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2006 à 2011p

HÉPATITE B

Figure 16 : Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, 1990 à 2011p

Figure 17 : Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2010

Figure 18 : Hépatite B aiguë et chronique ou non précisée : taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2011p

Figure 19 : Hépatite B aiguë : taux d'incidence des cas déclarés, jeunes de moins de 25 ans, sexes réunis, Québec, 1990 à 2011p

Tableau 7 : Hépatite B aiguë et chronique ou non précisée : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence selon la région, Québec, 2006 à 2011p

HÉPATITE C

Figure 20 : Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, 1990 à 2011p

Figure 21 : Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2010

Figure 22 : Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, Québec, 2000 à 2011p

Tableau 8 : Hépatite C : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, 2006 à 2011p

INFECTION PAR LE VIH

Tableau 9 : VIH : nombre de nouveaux diagnostics, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2010

Tableau 10 : VIH : nombre et proportion de L'ENSEMBLE DES CAS par année de prélèvement, selon la catégorie principale d'exposition et le sexe, Québec, avril 2002 à décembre 2010

Tableau 11 : VIH : nombre et proportion de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par année de prélèvement, selon la catégorie principale d'exposition et le sexe, Québec, avril 2002 à décembre 2010

Tableau 12 : VIH : nombre de nouveaux diagnostics et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, 2006 à 2010

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

HARSAH	Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Le présent portrait s'inscrit dans le cadre du Programme national de santé publique (mise à jour 2008) et dans la suite du quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, *Les infections transmissibles sexuellement et par le sang : L'épidémie silencieuse,* paru en 2010.

Il fait état de la situation épidémiologique de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis,* de l'infection gonococcique, de la syphilis infectieuse, de la lymphogranulomatose vénérienne, 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 virus de l'immunodéficience humaine (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 central des MADO tenu par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), lui-même rattaché à l'Institut national de santé publique du Québec. Des données complémentaires se rapportant aux facteurs d'exposition sont tirées des enquêtes épidémiologiques faites à la suite des déclarations ou dans le cadre des programmes de surveillance. Par ailleurs, les données sur la prévalence de certaines ITSS et de certains comportements associés aux ITSS viennent d'études épidémiologiques menées auprès de groupes particuliers de la population.

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 ainsi que la progression de ces infections et de leurs déterminants afin d'orienter les interventions et la planification des ressources nécessaires en matière de lutte contre les ITSS.

Ce portrait met l'accent sur les principaux éléments de l'épidémiologie des ITSS au Québec, à la lumière des données disponibles.

NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Les notes méthodologiques s'appliquent aux cas d'ITSS entrés dans le Registre central des MADO, tenu par le LSPQ. En ce qui concerne les données tirées d'études épidémiologiques particulières, le lecteur peut consulter la section *Méthodologie* de chacune de celles-ci. Les sources des données sont mentionnées au bas de tous les tableaux et de toutes les 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 étant fréquemment asymptomatiques, plusieurs cas restent donc non détectés et, *a fortiori*, non déclarés. 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 ont plus régulièrement des contacts avec le système de santé, les occasions se révèlent plus nombreuses que l'infection soit dépistée chez elles et, de ce fait, qu'elles soient 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 au dépistage ainsi qu'au diagnostic ;
- le recours au dépistage et au diagnostic ;
- la sensibilité (proportion des personnes infectées dont l'infection est détectée par le test) et la spécificité (proportion des personnes non infectées qui sont reconnues comme telles par le test) des tests utilisés pour détecter l'infection ;
- les critères nosologiques utilisés pour reconnaître un cas à des fins de surveillance épidémiologique ;
- le nombre de ressources humaines affectées aux enquêtes et à la classification des cas déclarés selon les critères nosologiques en vigueur.

Cas anciens ou nouveaux

Par convention, les infections sont consignées dans le registre des MADO à la période où elles ont été déclarées la première fois, mais elles ont pu être contractées bien avant. Le présent portrait fait état de l'incidence annuelle des cas déclarés, laquelle est calculée en fonction des nouvelles déclarations reçues, et non des nouvelles infections acquises.

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 registre des MADO le 15 juin 2011, pour la période du 1er janvier 1990 au 31 décembre 2010, ainsi que le 15 septembre 2011, pour la période du 1er janvier au 13 août 2011. Les données antérieures au 1er janvier 1990 sont des données historiques tirées des rapports annuels antérieurs.

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

Projections 2011

Les projections pour l'année 2011 reposent sur le nombre de cas survenus entre le 1er janvier et le 13 août 2011, et extraits du registre des MADO le 15 septembre 2011. Cette période correspond aux huit premières périodes définies par les Centers for Disease Control and Prevention états-uniens pour l'année 2011 (une année comptant treize périodes de quatre semaines chacune), auxquelles s'ajoute le 1er janvier – jour qui précède le début de la première période de l'année 2011.

Calcul des taux

Dénominateur

Les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux sont ceux de l'Institut de la statistique du Québec. Il s'agit d'estimations intercensitaires (de 1990 à 2006) ou de projections démographiques (de 2006 à 2011) basées sur le recensement de l'année 2006 et mises à jour en janvier 2011.

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, notamment ceux des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Numérateur

Dans le présent document, sauf indication contraire, les taux d'incidence font référence aux cas déclarés et inscrits dans le registre MADO au cours de la période ciblée.

Chaque épisode d'infection déclaré répondant aux critères des définitions nosologiques compte pour un cas. Pour des ITS comme l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique, il n'est pas exceptionnel qu'une même personne puisse connaître plus d'un épisode au cours d'une même année (réinfection). Plusieurs études[1] démontrent que le taux de réinfection à l'intérieur d'une même année est élevé pour les personnes atteintes d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis.* Ainsi, surtout pour ce type d'infection, il est probable que le nombre de déclarations enregistrées dans une année ne corresponde pas au nombre équivalent de personnes différentes.

1. H.M. GÖTZ *et al.,* « High yield in reinfections during a Chlamydia screening programme when automatically sending testkits after 6 month to previously infected », *Sexually Transmitted Infections,* vol. 87, nº suppl. 1, juillet 2011, p. A21-A22 (Résumé d'une session orale du Colloque international sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang tenu à Québec en juillet 2010) et C.B. HOSENFELD *et al.,* « Repeat infection with Chlamydia and gonorrhea among females : a systematic review of the literature », *Sexually Transmitted Diseases,* vol. 36, nº 8, août 2009, p. 478-489.

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (ITSS-MADO)

Avec plus de 20 000 cas déclarés en 2010, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) comptent pour un peu plus de 70 % de l'ensemble des infections recensées dans le Registre central des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Certaines situations méritent une attention particulière :

- la hausse de l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique ;
- le défi constant posé par la résistance du gonocoque aux antibiotiques utilisés pour le traitement de cette infection ;
- la prévalence extrêmement élevée de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI) ;
- l'augmentation de la syphilis infectieuse, notamment chez les femmes en âge de procréer et les jeunes hommes ;
- l'installation de la lymphogranulomatose vénérienne au Québec ;
- le nombre toujours grandissant de personnes vivant avec le VIH et la persistance de la transmission du VIH au sein de diverses populations, particulièrement les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH).

Ces éléments du portrait des ITSS confirment la pertinence de consolider les actions et la mobilisation pour mieux prévenir et traiter les ITSS, actions qui sont proposées dans le *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*[2] :

- « Prévenir plus et mieux » : il faudra poursuivre et intensifier les efforts relatifs à la prévention auprès des groupes plus touchés, notamment les jeunes, les HARSAH et les UDI ;
- « Dépister et traiter plus et mieux » : en plus de poursuivre les efforts pour rendre le dépistage plus accessible et acceptable , il faudra favoriser l'accès des personnes présentant des facteurs de risque et des partenaires de personnes infectées à un traitement précoce efficace.

Mieux connaître l'épidémiologie des ITSS afin d'adapter l'intervention aux caractéristiques et aux besoins des personnes touchées ou à risque est l'un des défis à relever au cours des prochaines années : **mieux comprendre pour prévenir, dépister ainsi que traiter plus et mieux.**

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les infections transmissibles sexuellement et par le sang : L'épidémie silencieuse – Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec,* rédigé par Hervé Anctil, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 73 p.

Tableau 1 : Nombre de cas déclarés et taux d'incidence[1] de certaines ITSS, Québec (2006, 2010 et projections 2011[2])

Infections	Province de Québec					
	2006		2010		2011[2]	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Bactériennes						
Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*	**12 842**	**168,3**	**17 321**	**219,8**	**18 368**	**231,1**
< 1 an – Sexes réunis[3]	3	3,9	2	2,3	0	0,0
15-24 ans – Hommes	1 863	372,8	2 745	542,0	3 087	609,5
15-24 ans – Femmes	6 401	1 344,8	8 631	1 780,3	9 117	1 876,8
Lymphogranulomatose vénérienne	**44**	**0,6**	**12**	**0,2**	**10**	**0,1**
Infection gonococcique	**1 276**	**16,7**	**2 066**	**26,2**	**1 904**	**24,0**
< 1 an – Sexes réunis	1	1,3	1	1,1	0	0,0
15-24 ans – Hommes	251	50,2	458	90,4	417	82,3
15-24 ans – Femmes	236	49,6	427	88,1	394	81,2
Syphilis infectieuse[4]	**378**	**5,0**	**539**	**6,8**	**542**	**6,8**
Hommes	372	9,8	511	13,1	521	13,2
Femmes	6	0,2	26	0,7	21	0,5
Syphilis congénitale	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**0,0**
Virales						
Hépatite B[5]	**1 032**	**13,5**	**885**	**11,2**	**821**	**10,3**
aiguë	40	0,5	24	0,3	15	0,2
< 1 an – Sexes réunis	3	3,9	1	1,1	2	2,3
Hépatite C[6]	**2 198**	**28,8**	**1 467**	**18,6**	**1 350**	**17,0**
< 1 an – Sexes réunis	8	10,3	2	2,3	0	0,0
Infection par le VIH[7]	456	6,0	318	4,0	nd	nd
Transmission mère-enfant[8]	1		2		nd	nd
Résultats d'études auprès de populations spécifiques						
VHC parmi UDI	Entre 1997 et 2010 : 25,7pour 100 personnes-années (**2005 :** 26,6 ; **2006 :** 22,7 : **2007 :** 31,0 ; **2008 :** 31,5)					
VIH parmi UDI	Entre 1995-2010 : 2,7 pour 100 personnes-années (**2005 :** 2,1 ; **2006 :** 2,3 ; **2007 :** 1,6 ; **2008 :** 1,4)					
VIH parmi HARSAH	2005 : 1,3 pour 100 personnes-années					

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.

1. Taux pour 100 000 personnes-années.
2. Nombre de cas projetés à partir du nombre de cas déclarés au cours des 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).
3. Pour ce groupe d'âges, 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).
8. Nouveaux diagnostics de transmission verticale nés au Canada.

Tableau 2 : Taux brut d'incidence[1] des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2010

Infection génitale à *C. trachomatis*		Infection gonococcique		Syphilis infectieuse[2]		Hépatite B[3]		Hépatite C[4]		VIH	
RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx[5]
17	1 947,4	17	1 682,6	6	17,2	6	28,4	6	32,7	6	10,2
18	1 618,8	18	153,6	11	11,6	7	11,3	15	29,0	13	4,0
8	268,2	6	53,2	3	8,6	**QC**	**11,2**	18	25,6	**QC**	**4,0**
15	262,5	**QC**	**26,2**	**QC**	**6,8**	13	11,1	7	21,5	3	3,5
7	259,3	13	21,5	5	4,5	5	8,8	**QC**	**18,6**	9	3,2
9	247,6	3	20,1	13	3,8	3	7,3	5	18,2	4	2,6
5	247,5	7	19,6	16	3,5	18	6,4	8	15,2	16	2,5
6	236,4	14	18,8	14	3,4	16	6,0	3	14,5	7	2,2
14	233,4	8	17,2	4	2,4	8	4,8	16	13,3	5	1,6
3	229,5	15	15,8	12	2,2	2	4,4	4	13,1	2	1,5
QC	**219,8**	16	15,6	9	2,1	4	4,0	11	12,7	15	1,1
4	212,8	2	12,5	15	2,0	15	4,0	13	10,6	1	1,0
13	203,7	9	7,4	7	1,7	1	4,0	1	9,9	14	0,9
16	183,0	12	5,4	2	1,1	11	3,2	14	8,8	12	0,5
2	162,6	4	4,6	1	1,0	14	2,8	17	8,5	8	0,0
11	147,0	11	4,2	8	0,0	12	1,5	9	7,4	10	0,0
12	129,2	5	3,6	10	0,0	9	0,0	2	6,3	11	0,0
10	125,2	1	3,5	17	0,0	10	0,0	12	6,2	17	0,0
1	121,2	10	0,0	18	0,0	17	0,0	10	0,0	18	0,0

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

1. Taux pour 100 000 personnes-années.
   Il faut interpréter avec prudence les taux calculés à partir d'un petit nombre de cas ou d'un petit effectif de population.
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. Taux estimé à partir du nombre total de nouveaux diagnostics enregistrés en 2010.
   Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), septembre 2011.

RSS	=	Région sociosanitaire	Effectifs population
01		Bas-Saint-Laurent	201 276
02		Saguenay—Lac-Saint-Jean	271 250
03		Capitale-Nationale	687 950
04		Mauricie et Centre-du-Québec	494 810
05		Estrie	308 335
06		Montréal	1 912 388
07		Outaouais	362 138
08		Abitibi-Témiscamingue	145 058
09		Côte-Nord	94 922
10		Nord-du-Québec	14 373
11		Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	94 551
12		Chaudière-Appalaches	405 576
13		Laval	396 186
14		Lanaudière	468 381
15		Laurentides	552 349
16		Montérégie	1 444 047
17		Nunavik	11 708
18		Terres-Cries-de-la-Baie-James	15 629
QC		**Province de Québec**	**788 0927**

Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : toujours à la hausse…

Après une diminution de l'incidence des cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* de 60 % entre 1990 et 1997, une hausse de près de 150 % a été observée entre 1997 et 2010. La tendance à la hausse touche les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge.

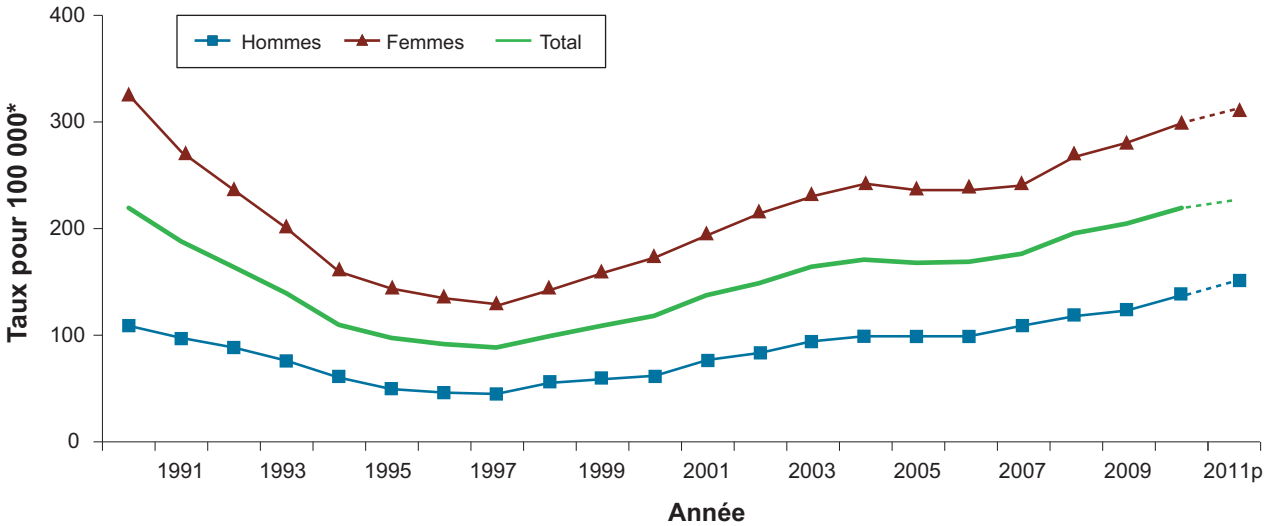
Caractéristiques des cas déclarés en 2010

- L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* demeure, et de loin, la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire, avec 17 321 cas déclarés en 2010 (taux de 219,8 pour 100 000).
- Les femmes représentent 69 % des cas.
- Les jeunes âgés de 15 à 24 ans comptent pour les deux tiers des cas ; ils représentent 51 % de l'ensemble des cas masculins et 73 % de l'ensemble des cas féminins.
- Chez les hommes, le taux le plus élevé concerne ceux qui sont âgés de 20 à 24 ans (taux de 770,6 pour 100 000) alors que, chez les femmes, les taux les plus élevés, similaires, sont établis pour celles qui ont de 15 à 19 ans ou de 20 à 24 ans (taux de 1 747,7 et de 1 813,3 pour 100 000, respectivement).
- Cette infection est très répandue dans tout le Québec. Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ont des taux extrêmement élevés. Parmi les autres régions, les taux les plus élevés s'observent en Abitibi-Témiscamingue, dans les Laurentides et en Outaouais.

Tendances des cinq dernières années (2006-2010)

- L'incidence des cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* a augmenté de 31 % entre 2006 et 2010, la hausse ayant été plus marquée chez les hommes (+ 37 %) que chez les femmes (+ 28 %) ; la hausse a été de 8 % entre 2009 et 2010 et, selon les projections, les taux de 2011 seront légèrement supérieurs à ceux de 2010.
- Chez les jeunes de 15 à 24 ans, on observe une hausse de 35 % du taux d'incidence entre 2006 et 2010, ce qui correspond à environ 3 100 cas supplémentaires déclarés pour l'année 2010 par rapport au nombre de cas déclarés en 2006 ; pour les hommes âgés de 15 à 24 ans, la hausse est de 45 % (augmentation de 882 cas) et pour les femmes du même groupe d'âge, elle est de 32 % (augmentation de 2 230 cas).
- Chez les hommes et les femmes de 30 à 39 ans, on observe une augmentation de 34 % du taux d'incidence entre 2006 et 2010 (augmentation de 583 cas). Pour les personnes de 40 ans et plus, la hausse est de 42 % (34 % pour les hommes et 55 % pour les femmes), correspondant à 280 cas de plus en 2010 qu'en 2006.
- La grande majorité des régions (14/18) ont été touchées par la hausse de l'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis.* Les régions des Laurentides, de la Montérégie, de l'Estrie et de l'Outaouais ont connu des hausses de plus de 50 % entre 2006 et 2010.

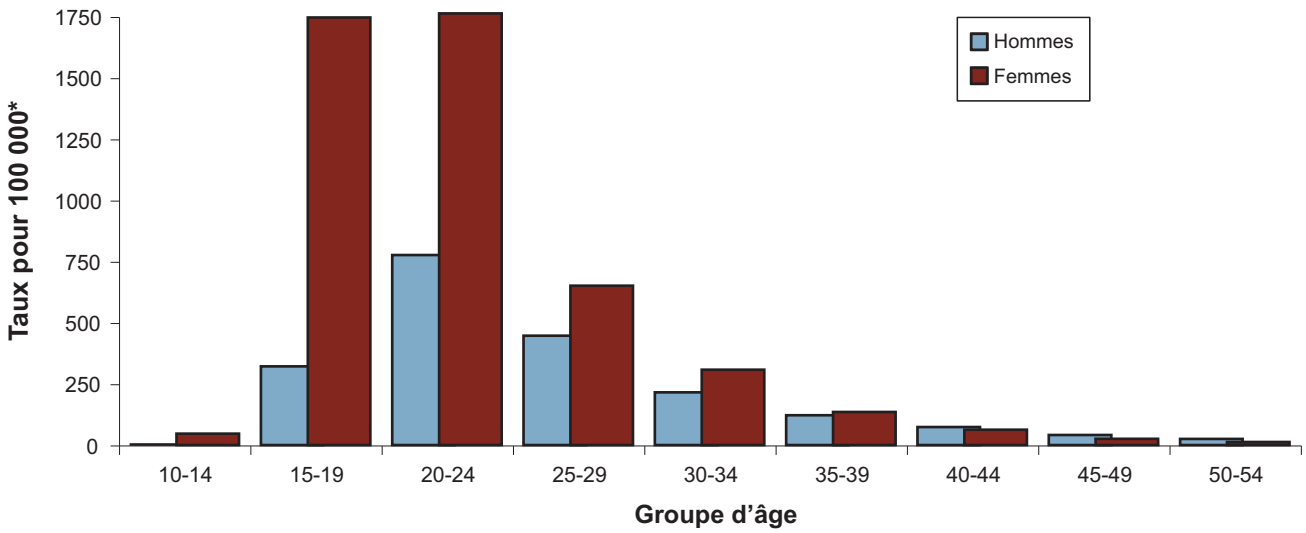
Figure 1 : Infection génitale à *C. trachomatis* : taux d'incidence de cas déclarés, selon le sexe, Québec, 1990 à 2011p



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

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2011, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

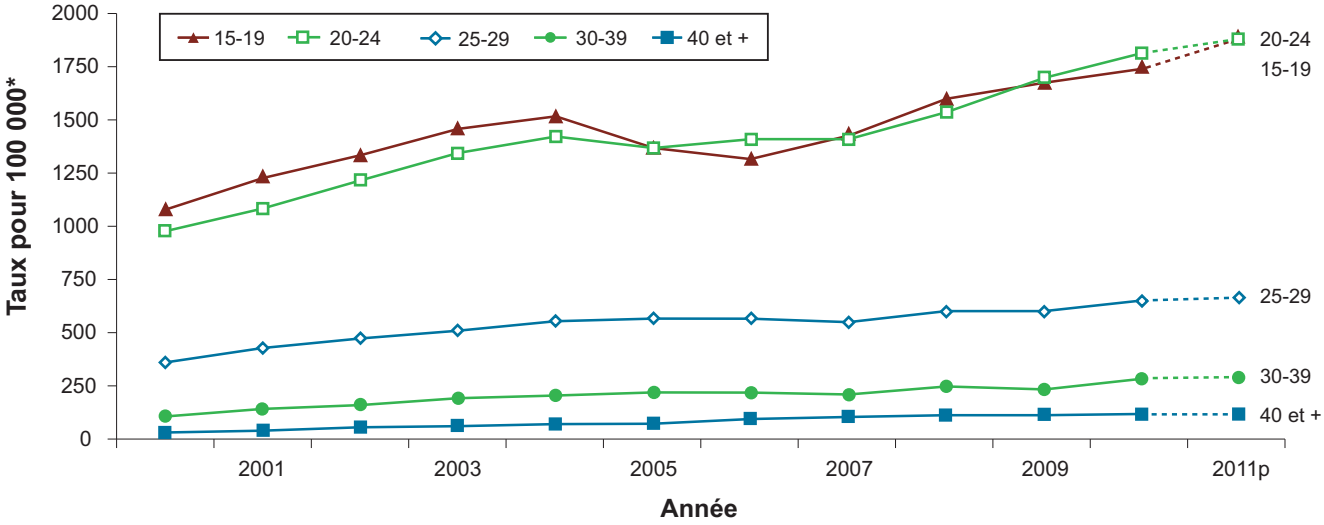
Figure 2 : Infection génitale à *C. trachomatis* : taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2010



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

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années.

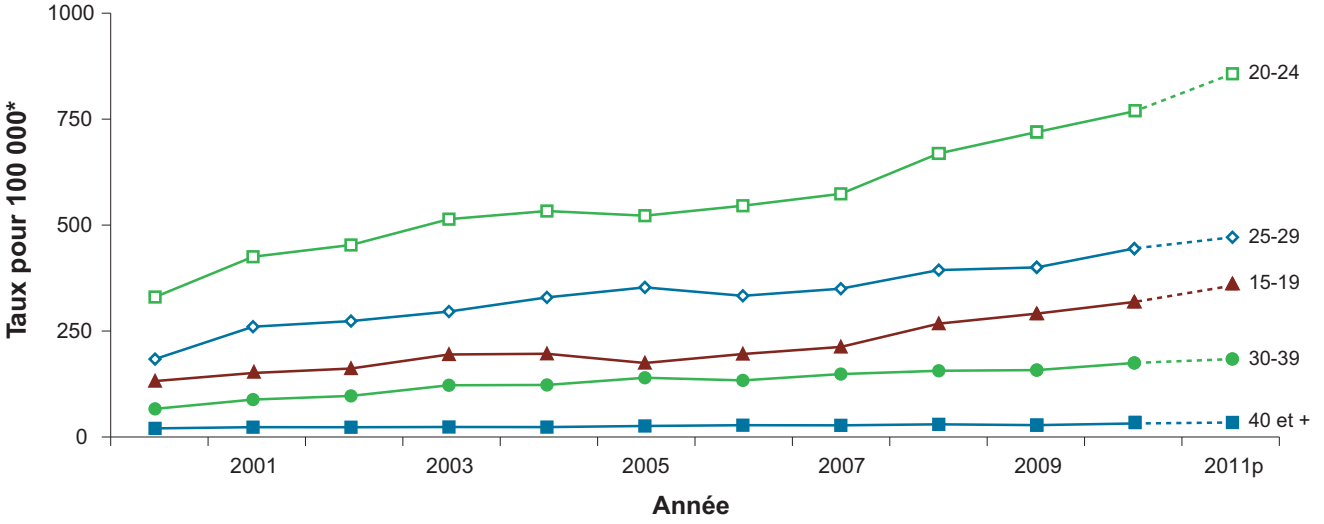
Figure 3 : Infection génitale à *C. trachomatis* : taux d'incidence de cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 2000 à 2011p



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

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2011, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

Figure 4 : Infection génitale à *C. trachomatis* : taux d'incidence de cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, 2000 à 2011p



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

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2011, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

Tableau 3 : Infection génitale à *C. trachomatis* : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence*, selon la région, Québec, 2006 à 2011p

Région	2006		2007		2008		2009		2010		Moyenne 2006-2010		2011**		Variation 2010-2006			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	251	124,5	210	104,4	236	117,3	263	130,7	244	121,2	241	119,7	273	135,4	-7	-2,8	-3,3	-2,6
Saguenay—Lac-Saint-Jean	391	142,6	412	150,9	372	136,6	421	154,9	441	162,6	407	149,5	386	142,6	50	12,8	19,9	14,0
Capitale-Nationale	1 266	189,3	1 209	179,6	1 319	194,5	1 368	200,3	1 579	229,5	1 348	198,8	1 737	250,8	313	24,7	40,2	21,2
Mauricie et Centre-du-Québec	1 015	208,7	975	199,8	1 048	213,8	1 050	213,2	1 053	212,8	1 028	209,7	1 431	287,8	38	3,7	4,1	1,9
Estrie	482	160,1	508	167,9	639	209,8	700	228,5	763	247,5	618	203,0	848	273,5	281	58,3	87,3	54,5
Montréal	3 513	187,5	3 760	199,9	4 211	222,5	4 278	225,1	4 521	236,4	4 057	214,4	4 656	241,8	1 008	28,7	48,9	26,1
Outaouais	585	169,6	705	202,3	789	223,7	863	241,6	939	259,3	776	219,8	959	261,4	354	60,5	89,7	52,9
Abitibi-Témiscamingue	314	216,7	340	234,7	299	206,3	267	184,1	389	268,2	322	222,0	399	275,1	75	23,9	51,4	23,7
Côte-Nord	259	268,2	305	317,7	269	281,2	250	262,4	235	247,6	264	275,5	295	312,4	-24	-9,3	-20,7	-7,7
Nord-du-Québec	30	200,2	29	194,1	13	88,2	35	240,4	18	125,2	25	169,8	15	102,9	-12	-40,0	-74,9	-37,4
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	110	115,6	99	104,5	108	114,2	133	140,6	139	147,0	118	124,4	138	145,9	29	26,4	31,4	27,2
Chaudière-Appalaches	395	99,5	352	88,3	356	88,8	454	112,6	524	129,2	416	103,8	579	142,0	129	32,7	29,7	29,8
Laval	603	161,9	653	172,6	760	197,7	758	194,2	807	203,7	716	186,4	952	237,0	204	33,8	41,8	25,8
Lanaudière	683	157,5	671	151,8	881	195,3	910	197,9	1 093	233,4	848	187,9	1 163	244,1	410	60,0	75,9	48,2
Laurentides	859	165,7	922	175,2	1 036	193,7	1 195	219,8	1 450	262,5	1 092	204,1	1 392	248,2	591	68,8	96,8	58,4
Montérégie	1 603	115,9	1 826	130,7	2 137	151,3	2 447	171,3	2 642	183,0	2 131	150,8	2 732	187,2	1 039	64,8	67,1	57,9
Nunavik	270	2 465,3	283	2 536,8	315	2 776,8	248	2 150,2	228	1 947,4	269	2 370,6	196	1 655,0	-42	-15,6	-517,9	-21,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	206	1 436,9	206	1 408,0	234	1 562,8	250	1 633,1	253	1 618,8	230	1 534,5	217	1 365,3	47	22,8	181,8	12,7
Région non précisée	7		4		2		5		3		4		0		-4			
Province de Québec	**12 842**	**168,3**	**13 469**	**175,2**	**15 024**	**193,8**	**15 895**	**203,4**	**17 321**	**219,8**	**14 910**	**192,3**	**18 368**	**231,1**	**4 479**	**34,9**	**51,5**	**30,6**

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 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

Commentaires

La hausse de l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* est préoccupante et peut refléter une augmentation réelle du nombre de personnes qui contractent cette infection au Québec, possiblement en rapport avec des changements dans les comportements sexuels ou avec la densité des réseaux de partenaires sexuels. La fréquence des ITSS chez les jeunes nous indique qu'une proportion significative de ceux-ci ont des comportements à risque d'acquisition de ces infections. Les quelques données québécoises disponibles suggèrent que certains comportement sexuels des jeunes tels que l'âge à la première relation sexuelle et le nombre de partenaires sexuels sont demeurés stables au cours des dernières années[3]. Compte tenu de l'impact que les comportements sexuels des jeunes peuvent avoir sur leur santé, une meilleure connaissance de leur évolution aiderait à orienter les interventions de promotion d'une sexualité saine et responsable.

L'augmentation du nombre de cas déclarés depuis la fin des années 1990 peut aussi, au moins en partie, être reliée à la meilleure performance des tests de détection utilisés et au fait que de tels tests sont effectués en plus grand nombre. L'utilisation de tests plus sensibles et spécifiques s'est généralisée au Québec au cours des dix dernières années (détection des acides nucléiques). Les tests utilisés depuis quelques années sont aussi plus acceptables, car ils peuvent être effectués à partir de prélèvements urinaires et, depuis plus récemment, certaines trousses permettent de détecter l'infection à partir de prélèvements vaginaux. Des études de prévalence peuvent aider à mieux interpréter les tendances de l'incidence des cas déclarés.

Ainsi, des données d'études de prévalence menées aux États-Unis au cours des dix dernières années indiquent une stabilisation, ou même une diminution, de la prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* dans la population alors que le nombre de cas déclarés augmente[4]. Cette hypothèse est aussi appuyée par les résultats d'une modélisation sur le fardeau économique de l'infection à chlamydia au Canada[5].

On peut donc croire que les efforts pour rendre le dépistage plus accessible et les techniques plus acceptables permettent de détecter un plus grand nombre d'infections, et ainsi dresser un portrait de plus en plus juste de la situation épidémiologique des ITSS.

L'efficacité du dépistage comme moyen de mieux contrôler la propagation de cette infection est tributaire de l'accès au traitement précoce des personnes infectées, de l'interruption de la chaîne de transmission ainsi que de la diminution du risque de réinfection par la notification aux partenaires des personnes infectées et l'intervention préventive auprès de ces derniers. Ces stratégies demeurent des composantes essentielles de la lutte à cette ITSS et méritent d'être consolidées.

3. M. BLAIS *et al.,* « La sexualité des jeunes Québécois et Canadiens : regard critique sur le concept d'"hypersexualisation"», *Globe, revue internationale d'études québécoises,* vol. 12, nº 2, 2009, p. 23-48.

4. C. SATTERWHITE, H. WEINSTOCK et D. DATTA, « Chlamydia trends in the USA : results from multiple data sources », *Sexually Transmitted Infections,* vol. 87, nº suppl. 1, juillet 2011, p. A21 (Résumé d'une session orale du Colloque international sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang tenu à Québec en juillet 2010).

5. A. TUITE et D. FISMAN, « Estimation of the burden of disease and costs of genital *Chlamydia trachomatis* infection in Canada », *Sexually Transmitted Infections,* vol. 87, nº suppl. 1, juillet 2011, p. A22 (Résumé d'une session orale du Colloque international sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang tenu à Québec en juillet 2010).

Infection gonococcique : le défi constant que pose la résistance

Entre 1984 et 1997, le taux d'incidence de l'infection gonococcique a connu une réduction de 94 %. Comme pour l'infection à *Chlamydia trachomatis*, une hausse du taux d'incidence de l'infection gonococcique a par la suite été observée entre 1997 et 2010 (+ 245 %). Même si cette infection touche surtout les hommes, la hausse est plus importante chez les femmes depuis quelques années.

Caractéristiques des cas déclarés en 2010

- En 2010, 2 066 cas ont été déclarés, soit un taux de 26,2 pour 100 000.
- Les hommes comptent pour 66 % des cas et le tiers d'entre eux sont âgés de 15 à 24 ans ; les hommes de 20 à 24 ans ont toujours le taux d'incidence le plus haut d'infection gonococcique (130,4 pour 100 000), soit un taux cinq fois plus élevé que celui de la population dans son ensemble.
- Les femmes comptent pour 33 % des cas, et près des deux tiers d'entre elles (62 %) sont âgées de 15 à 24 ans. Le groupe d'âge des 15-19 ans est le seul où plus de 50 % des cas sont des femmes (61 %).
- Chez les hommes, on recense 108 cas d'infection gonococcique rectale et 62 cas d'infection gonococcique pharyngée, dont respectivement 84 % et 90 % viennent de la région de Montréal.
- Chez les femmes, on compte 2 infections gonococciques rectales (1 à Montréal et 1 à Laval) et 11 infections pharyngées (dont 10 à Montréal).
- En 2010, le taux d'incidence des cas déclarés dans la région de Montréal (53,2 pour 100 000) est trois fois plus élevé que celui du reste de la province (taux de 17,6 pour 100 000 établi pour le Québec, excluant Montréal).
- Comme pour l'infection à *Chlamydia trachomatis,* les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ont des taux extrêmement élevés.
- Toutes les autres régions ont des taux inférieurs à celui de la moyenne provinciale.

Tendances des cinq dernières années (2006-2010)

- L'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique a crû de 57 % entre 2006 et 2010, et plus précisément de 9 % entre 2009 et 2010 ; selon les projections, en 2011, le taux pourrait être légèrement inférieur à celui de 2010.
- Entre 2006 et 2010, la hausse de l'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique est presque deux fois plus importante chez les femmes (+ 84 %) que chez les hommes (+ 46 %).
- Chez les femmes de 15 à 24 ans, la hausse est de 80 %, ce qui correspond à 191 cas supplémentaires déclarés en 2010 par rapport au nombre de cas déclarés en 2006. Chez celles de 30 à 39 ans, elle est de 174 % (augmentation de 67 cas).
- Chez les hommes, la plus forte hausse s'observe dans les groupes d'âge des 15 à 24 ans (+ 80 %) et des 25 à 29 ans (+ 73 %) ; elle correspond à 330 cas supplémentaires déclarés en 2010 pour les hommes de 15 à 29 ans par rapport au nombre de cas déclarés en 2006. La hausse est beaucoup moins forte chez ceux qui ont de 30 à 39 ans (+ 32 %) ou 40 ans et plus (+ 22 %).
- Au début des années 1990, le rapport hommes/femmes se situait autour de 2 : 1. Il a ensuite augmenté, pour atteindre 4,5 : 1 en 2004. Depuis 2008, la hausse s'est poursuivie chez les hommes, mais elle s'est accentuée chez les femmes, ramenant le rapport hommes/femmes à environ 2 : 1.
- La proportion des cas déclarés dans la région de Montréal est passée de 63 % pour la période 2000-2005 à 55 % pour la période 2006-2008 et à 51 % pour la période 2009-2010.

- Pratiquement toute la croissance constatée entre 2006 et 2010 est enregistrée dans les trois zones géographiques suivantes : la région de Montréal (35 % de l'augmentation du nombre de cas) ; les régions de l'Outaouais, de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie réunies (30 %) ; le Nunavik (17 %). La région du Nunavik est touchée par une épidémie d'infection gonococcique qui est particulièrement intense, avec un nombre moyen de 190 cas par année entre 2008 et 2010. Ce nombre est effectivement très élevé, compte tenu du petit effectif de la population de cette région.

Facteurs d'exposition

Dans le contexte d'une hausse de l'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique et d'une progression de la résistance du gonocoque aux antibiotiques utilisés pour leur traitement, des activités visant à intensifier la surveillance de cette infection ont été menées au Québec en 2001[6] et en 2005-2006[7]. Elles ont mis en évidence que 60 % des cas masculins (63,2 % en 2001 et 61,4 % en 2005-2006) avaient eu des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Résistance aux antibiotiques

La surveillance de la résistance aux antibiotiques est assurée par le LSPQ, lequel effectue des analyses de sensibilité sur les souches de *Neisseiria gonorrhoeae* qui sont isolées par les laboratoires du Québec et qui lui sont ensuite transmises. Ces souches ont été isolées à partir des spécimens pour culture prélevés sur des patients dans divers milieux cliniques.

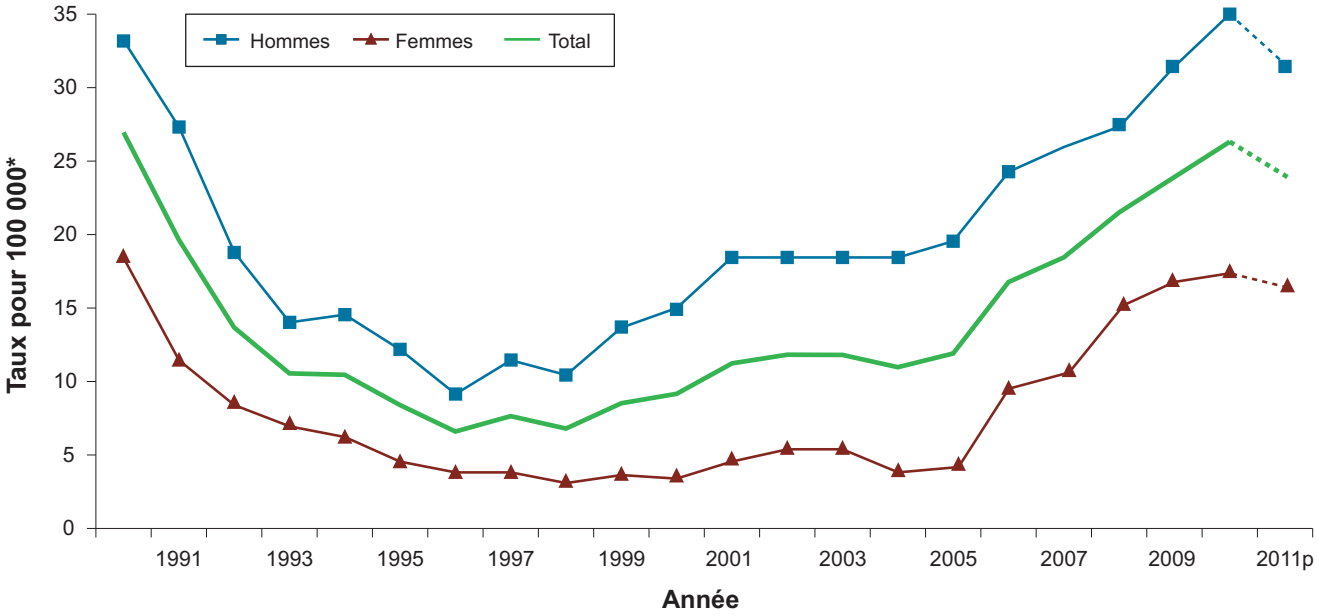
L'utilisation des tests d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) augmente rapidement : 53 % des cas d'infection gonococcique ont été détectés par ces épreuves en 2010, comparativement à 24 % en 2004. Ainsi, le nombre de spécimens soumis pour une culture diminue à mesure que l'utilisation des TAAN augmente. L'analyse de sensibilité aux antibiotiques ne peut être effectuée à partir des TAAN. Au Québec, le nombre de souches disponibles pour analyse suffit, pour l'instant, à assurer une surveillance adéquate de la sensibilité des souches de *Neisseria gonorrhoeae*.

En 2010, le LSPQ demandait aux laboratoires de lui envoyer toutes les souches qu'ils ont isolées. Il a pu effectuer des analyses de sensibilité sur 920 souches. Les constats suivants se dégagent de son rapport de 2010 sur la résistance aux antibiotiques des souches de *Neisseria gonorrhoeae* au Québec[8] :

- une résistance à la ciprofloxacine[9] a été détectée pour 32 % des souches analysées en 2010 (des cas isolés avaient été détectés entre 1995 et 2003, et le nombre avait augmenté considérablement à partir de 2004) ;
- en ce qui concerne la céfixime et la ceftriaxone, aucune souche résistante n'a été observée. Toutefois, 73 (8 %) des souches analysées au LSPQ en 2010 avaient des profils de sensibilité s'approchant du seuil de résistance à la céfixime et l'une d'entre elles s'approchait du seuil de résistance à la ceftriaxone ;
- quant à l'azithromycine, 11 souches ont été trouvées résistantes en 2010 et toutes concernaient des hommes. Une souche montrant une résistance à cet antibiotique avait été identifiée en 2009 ; le prélèvement avait été fait sur une femme.

6. S. VENNE, *Rapport d'analyse : Enquêtes épidémiologiques réalisées suite à une déclaration d'infection gonococcique, 1er mars 2001-31 décembre 2001,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 49 p.
7. P.R. ALLARD et R. PARENT, *Rapport final – Intervention de vigie sanitaire : Surveillance intensifiée de l'infection gonococcique au Québec – 1er juin 2005 au 31 mai 2006,* Institut national de santé publique du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, V + 15 p.
8. LEFEBVRE, B., BOURGAULT, A.M., *Rapport annuel. Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec. Rapport 2010.* Laboratoire de santé publique du Québec, Juin 2011, 33p.
9. Cet antibiotique n'est plus recommandé comme traitement de premier choix au Québec.

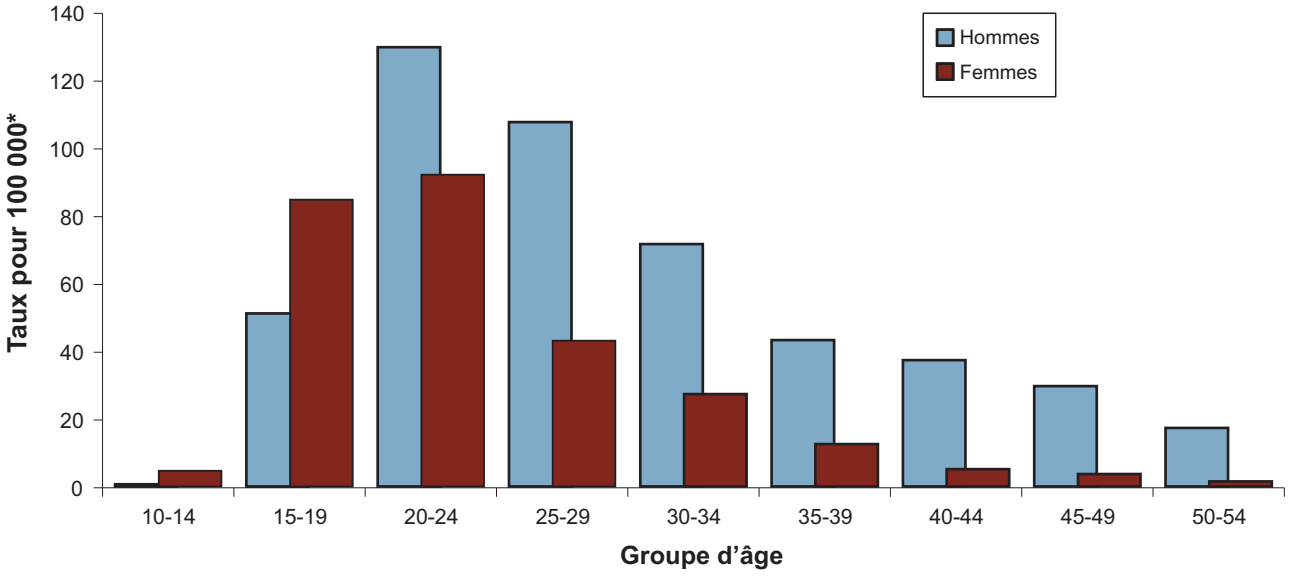
Figure 5 : Infection gonococcique : taux d'incidence de cas déclarés selon le sexe, Québec, 1990 à 2011p



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

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2011, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

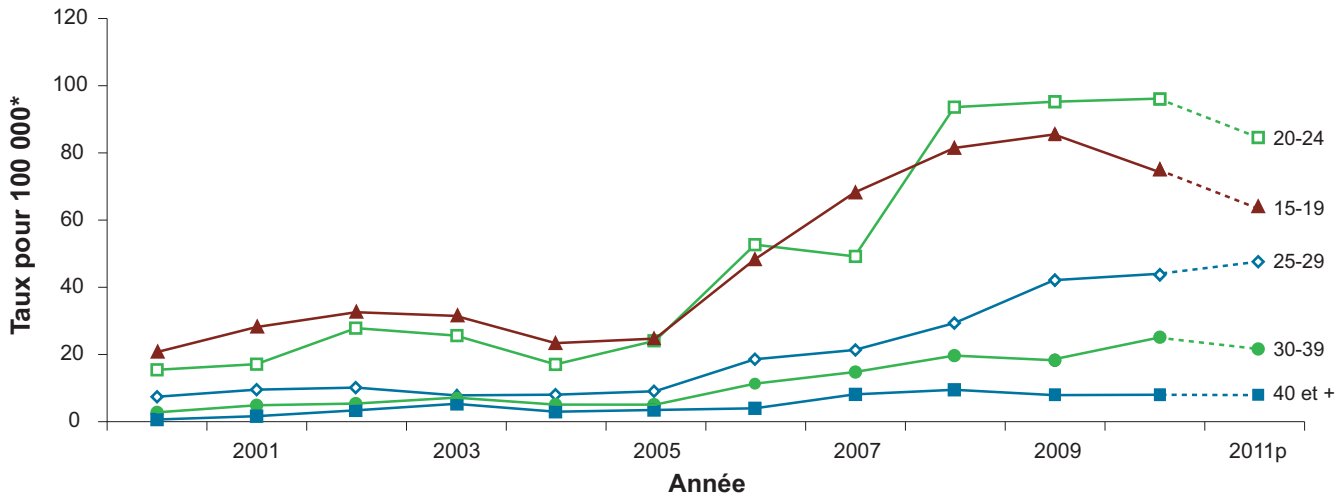
Figure 6 : Infection gonococcique : taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2010



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

* Taux pour 100 000 personnes-années.

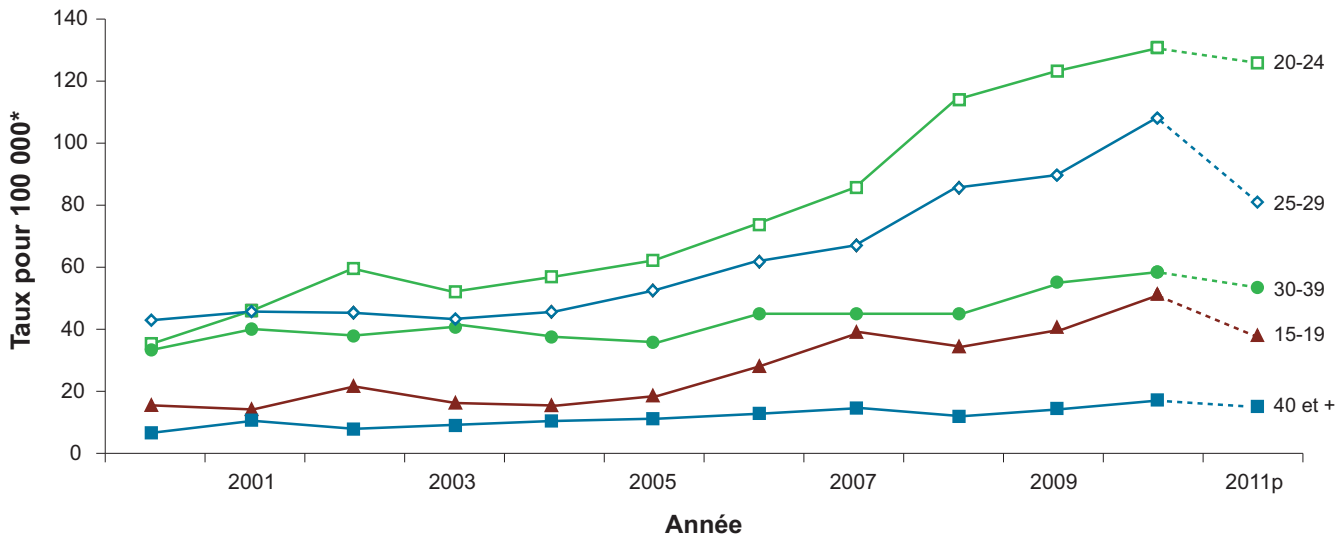
Figure 7 : Infection gonococcique : taux d'incidence de cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 2000 à 2011p



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

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2011, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

Figure 8 : Infection gonococcique : taux d'incidence de cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, 2000 à 2011p



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

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2011, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

Tableau 4 : Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence*, selon la région, Québec, 2006 à 2011p

Région	2006		2007		2008		2009		2010		Moyenne 2006-2010		2011**		Variation 2010-2006			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	5	2,5	3	1,5	4	2,0	8	4,0	7	3,5	5	2,7	5	2,4	2	40,0	1,0	40,2
Saguenay—Lac-Saint-Jean	9	3,3	6	2,2	22	8,1	14	5,2	34	12,5	17	6,2	24	9,0	25	277,8	9,3	281,8
Capitale-Nationale	58	8,7	84	12,5	95	14,0	71	10,4	138	20,1	89	13,2	109	15,7	80	137,9	11,4	131,3
Mauricie et Centre-du-Québec	32	6,6	27	5,5	31	6,3	42	8,5	23	4,6	31	6,3	26	5,2	-9	-28,1	-1,9	-29,4
Estrie	12	4,0	13	4,3	12	3,9	13	4,2	11	3,6	12	4,0	23	7,3	-1	-8,3	-0,4	-10,5
Montréal	742	39,6	839	44,6	822	43,4	982	51,7	1 018	53,2	881	46,5	899	46,7	276	37,2	13,6	34,4
Outaouais	33	9,6	36	10,3	58	16,4	106	29,7	71	19,6	61	17,2	63	17,3	38	115,2	10,0	104,9
Abitibi-Témiscamingue	9	6,2	6	4,1	7	4,8	23	15,9	25	17,2	14	9,7	10	6,7	16	177,8	11,0	177,4
Côte-Nord	0	0,0	5	5,2	7	7,3	5	5,2	7	7,4	5	5,0	2	1,7	7	0,0	7,4	0,0
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	1	6,8	0	0,0	0	0,0	0	1,4	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	1	1,1	2	2,1	1	1,1	1	1,1	4	4,2	2	1,9	2	1,7	3	300,0	3,2	302,6
Chaudière-Appalaches	11	2,8	16	4,0	17	4,2	19	4,7	22	5,4	17	4,2	28	6,8	11	100,0	2,7	95,7
Laval	51	13,7	80	21,2	80	20,8	84	21,5	85	21,5	76	19,8	114	28,3	34	66,7	7,8	56,7
Lanaudière	44	10,1	45	10,2	53	11,7	76	16,5	88	18,8	61	13,6	63	13,3	44	100,0	8,6	85,2
Laurentides	54	10,4	41	7,8	40	7,5	76	14,0	87	15,8	60	11,1	79	14,2	33	61,1	5,3	51,2
Montérégie	133	9,6	135	9,7	180	12,7	158	11,1	225	15,6	166	11,8	260	17,8	92	69,2	6,0	62,0
Nunavik	61	557,0	60	537,8	191	1 683,7	176	1 525,9	197	1 682,6	137	1 208,2	162	1 367,8	136	223,0	1 125,6	202,1
Terres-Cries-de-la-Baie-James	20	139,5	11	75,2	29	193,7	28	182,9	24	153,6	22	149,6	37	234,3	4	20,0	14,1	10,1
Région non précisée	1		0		1		1		0		1		0		-1		0,0	
Province de Québec	**1 276**	**16,7**	**1 409**	**18,3**	**1 651**	**21,3**	**1 883**	**24,1**	**2 066**	**26,2**	**1 657**	**21,4**	**1 904**	**24,0**	**790**	**61,9**	**9,5**	**56,8**

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 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

Commentaires

La hausse de l'incidence chez les hommes, qui se poursuit depuis la fin des années 1990, s'est accélérée entre 2006 et 2010. Elle peut avoir un lien avec la hausse concomitante d'autres ITSS touchant surtout les HARSAH (syphilis infectieuse et lymphogranulomatose vénérienne) qui est constatée. Ces observations concordent avec les données des études qui rapportent une persistance des comportements à risque chez les HARSAH.

Il est préoccupant de constater l'augmentation particulièrement importante des cas d'infection gonococcique chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans, groupe d'âge aussi particulièrement touché par la hausse de la syphilis infectieuse. Il est possible qu'une proportion significative de ces jeunes soient des HARSAH. Toutefois, en l'absence d'une collecte systématique de données sur les facteurs d'exposition, on ne peut déterminer dans quelle mesure ce phénomène touche précisément les jeunes HARSAH ou les jeunes hétérosexuels.

L'importante augmentation de l'incidence récemment observée chez les femmes de tous les groupes d'âge est tout aussi préoccupante, et particulièrement le nombre croissant de très jeunes femmes chez qui une infection gonococcique est détectée. La diminution du rapport hommes/femmes observée au cours des dernières années semble indiquer une progression importante de l'infection gonococcique chez les femmes.

Tant chez les hommes que chez les femmes, l'accessibilité à des tests de détection plus sensibles et plus acceptables peut aussi jouer un rôle dans les tendances observées. L'utilisation de plus en plus répandue de trousses permettant la détection simultanée de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae,* même lorsque la demande initiale du test ne porte que sur la détection de l'infection à *Chlamydia trachomatis,* pourrait aussi contribuer à l'augmentation du nombre de cas déclarés, notamment chez les femmes.

La diminution du recours à la culture pour la détection de l'infection gonococcique pourrait compromettre la capacité de surveiller l'évolution de la résistance aux antibiotiques. Le défi sera de continuer à disposer d'un nombre suffisant et représentatif de souches obtenues par culture ou de trouver de nouvelles technologies (ex. : par analyse génétique) permettant la détection de la résistance.

Enfin, les régimes thérapeutiques recommandés pour le traitement de l'infection gonococcique doivent être périodiquement adaptés aux résultats de la surveillance de la résistance aux antibiotiques et des stratégies, mises en place pour aider les cliniciens à intégrer rapidement ces changements dans leur pratique. Si les craintes relatives à l'apparition d'une résistance aux céphalosporines se révèlent justifiées, la détermination de régimes thérapeutiques efficaces sera un autre grand défi. La survenue d'échecs thérapeutiques pourrait prolonger la période de transmissibilité et contribuer à une propagation accrue. Il n'y a actuellement pas de données disponibles sur la fréquence des échecs thérapeutiques.

Syphilis infectieuse : taux plus élevé qu'il y a 25 ans et survenue d'un cas de syphilis congénitale

À la fin des années 1990, avec seulement 3 cas déclarés au Québec en 1998, il était possible d'espérer que cette infection soit en voie d'élimination. Toutefois, la syphilis connaît une résurgence depuis le début des années 2000 et, en 2010, le taux d'incidence des cas déclarés de syphilis en phase infectieuse est plus élevé que celui de 1984. La grande majorité des cas sont des hommes et cette infection touche particulièrement les HARSAH. Le nombre de cas chez les très jeunes hommes âgés de 15 à 19 ans augmente progressivement. Depuis quelques années, de plus en plus de cas concernent des femmes et un cas de syphilis congénitale a été déclaré au début de 2011.

Caractéristiques des cas déclarés en 2010

- Un total, de 539 cas de syphilis en phase infectieuse (195 syphilis primaires, 218 syphilis secondaires et 126 syphilis latentes précoces) ont été déclarés.
- La presque totalité des cas concernent des hommes (511/539) mais on compte cette année 26 femmes, dont 23 ont entre 15 et 49 ans et sont donc en âge de procréer.
- Un peu moins de la moitié des hommes (47 %) sont âgés de 20 à 39 ans, ceux qui ont entre 25 et 29 ans étant les plus affectés (taux d'incidence de 27,5 pour 100 000). L'autre moitié (49 %) des hommes atteints sont âgés de 40 à 64 ans, parmi lesquels ceux de 40 à 44 ans ont le taux le plus élevé (24,6 pour 100 000). On a recensé 17 cas masculins âgés de 15 à 19 ans.
- Avec 66 % des cas du Québec, la région de Montréal continue en 2010 d'afficher le plus haut taux d'incidence (17,2 pour 100 000).
- En 2011, pour la première fois depuis dix ans, un cas de **syphilis congénitale** concernant un nouveau-né de mère québécoise a été déclaré. La mère, âgée de 17 ans, n'a jamais manifesté de signes ou de symptômes compatibles avec la syphilis. Alors qu'elle était enceinte de quatre mois, une épreuve ELISA s'est révélée non réactive. Toutefois, après le diagnostic de syphilis congénitale chez le nouveau-né quelques semaines après sa naissance, le test de dépistage qu'a passé la mère a été positif.

Tendances des cinq dernières années (2006-2010)

- Entre 2006 et 2009, le nombre de cas est demeuré relativement stable mais, entre 2009 et 2010, le nombre de cas a augmenté de 42 % (161 cas de plus) ; en 2011, selon les données disponibles, le nombre de cas sera comparable à celui de 2010.
- Les femmes ont été relativement peu touchées depuis la résurgence de la syphilis infectieuse au Québec : on recensait de 6 à 8 cas chaque année entre 2005 et 2008. Mais en 2009, 17 cas ont été rapportés, puis 26 cas en 2010, et les données des huit premières périodes laissent présager la déclaration d'environ 21 cas en 2011.
- Le nombre de cas a particulièrement augmenté chez les hommes âgés de 15 à 19 ans : au total, 5 cas ont été déclarés entre 1990 et 2005, puis on note une augmentation progressive entre 2006 (3 cas) et 2010 (17 cas) ; selon les projections le nombre sera encore un peu plus élevé en 2011.
- Chez les hommes, une hausse du taux d'incidence des cas déclarés a été observée entre 2006 et 2010 pour pratiquement tous les autres groupes d'âge mais de façon plus forte pour celui des 20 à 29 ans (+ 152 %), où le nombre de cas est passé de 52 en 2006 à 130 en 2010.

- En 2006, outre Montréal, seules deux régions comptaient plus de 10 cas de syphilis infectieuse, soit celles de la Capitale-Nationale et de la Montérégie. En 2010, ces deux régions comptent plus de 50 cas chacune et six autres régions en comptent entre 10 et 16 chacune (Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, Laval, Lanaudière, Laurentides).

Facteurs d'exposition

La vigie intensifiée de la syphilis infectieuse effectuée au Québec en 2004-2005 a permis de constater que la très grande majorité des cas étaient nés au Canada et que 96 % des cas de sexe masculin étaient des HARSAH. Parmi ces derniers, 7 % avaient aussi eu des relations sexuelles avec des femmes. Près des deux tiers des HARSAH rapportaient avoir eu des relations sexuelles dans un sauna.

Vigie intensifiée auprès des cas de syphilis déclarés chez les femmes en 2010

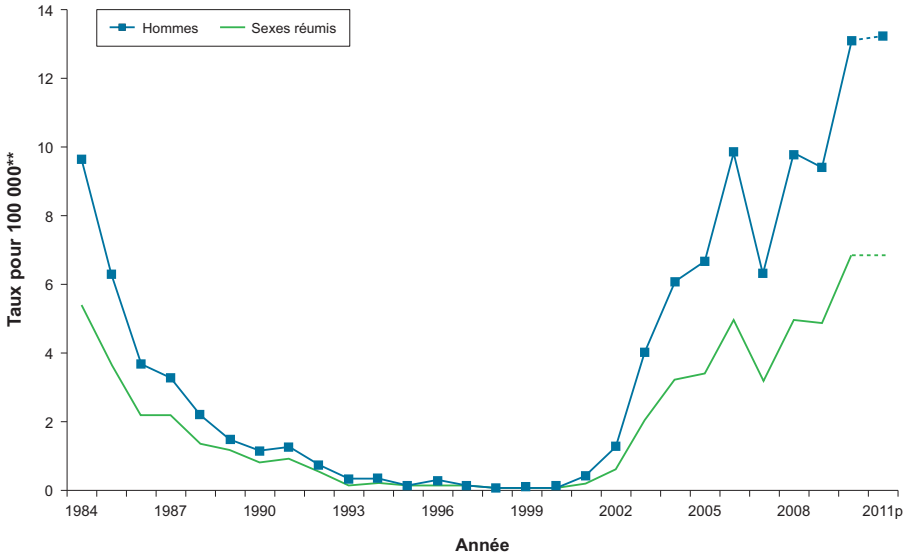
Dans le contexte de la hausse de la syphilis chez la femme en âge de procréer et de la survenue d'un cas de syphilis congénitale, une vigie intensifiée a commencé au Québec en juin 2011 pour caractériser les cas déclarés chez les femmes. La période ciblée s'étend rétrospectivement du 1er janvier 2010 à la fin du mois de décembre 2011.

L'analyse **préliminaire**[10] des 26 cas féminins de 2010 montre :

- que la majorité des femmes sont d'origine canadienne française (2 femmes autochtones et 1 femme originaire des Caraïbes sur les 26 cas) ;
- qu'au moins un facteur de risque a été mis en évidence pour 12 cas (46 %). On rapporte des antécédents d'ITSS chez 5 femmes, le plus souvent des condylomes et plus rarement une infection à *Chlamydia trachomatis,* une infection gonococcique ou une hépatite C. De multiples partenaires sexuels ont été rapportés pour 6 cas, dont 3 avaient un lien avec la prostitution. L'utilisation de drogues illicites est rapportée pour 3 cas féminins, dont 2 avaient aussi un lien avec la prostitution (plus d'un facteur de risques pouvait être rapporté pour un même cas) ;
- que l'on dispose de très peu d'informations sur les partenaires de ces femmes. Pour cinq d'entre elles, on notait un partenaire résidant habituellement en dehors du Québec (Californie, Moyen-Orient, Haïti) et pour trois autres, un partenaire ayant eu un diagnostic de syphilis est mentionné dans l'enquête épidémiologique. Pour un seul cas féminin, un partenaire HARSAH a été mentionné ;
- que, pour un peu plus de la moitié des cas, aucun facteur de risque chez la patiente ou ses partenaires n'a pu être identifié, soit parce que l'information était manquante ou parce que la patiente rapportait n'avoir aucun facteur de risque à sa connaissance.

10. Il s'agit ici d'une analyse sommaire en cours. Le grand nombre d'informations manquantes limite la portée de l'analyse.

Figure 9 : Syphilis infectieuse* : taux d'incidence de cas déclarés, sexes réunis et hommes seulement, Québec, 1984 à 2011p



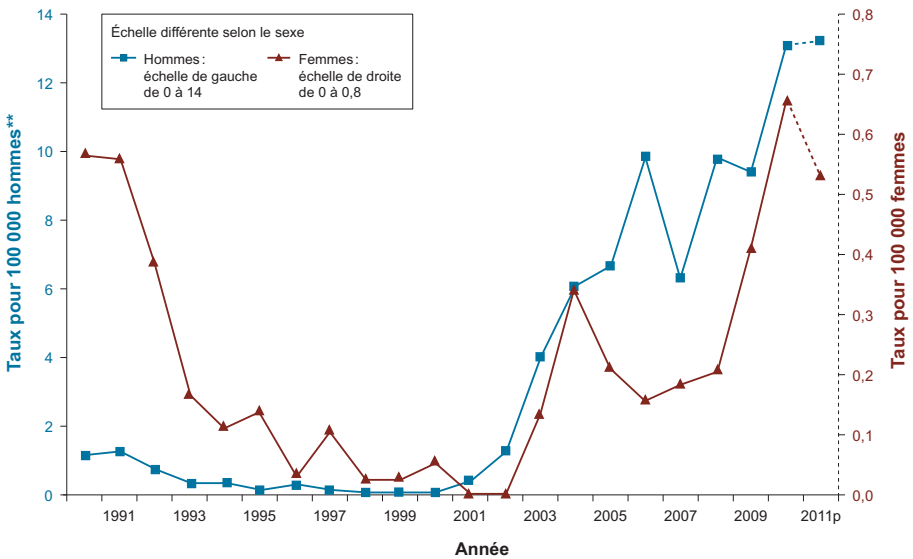
Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

* Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

** Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2011, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

Pour les années 1984 à 1989, les taux sont tirés du rapport de 2003. Ces taux n'ont pas été calculés sur les mêmes estimés de population que ceux de la période 1990 à 2011 qui reposent sur le recensement de 2006.

Figure 10 : Syphilis infectieuse* : taux d'incidence de cas déclarés, selon le sexe, Québec, 1990 à 2011p

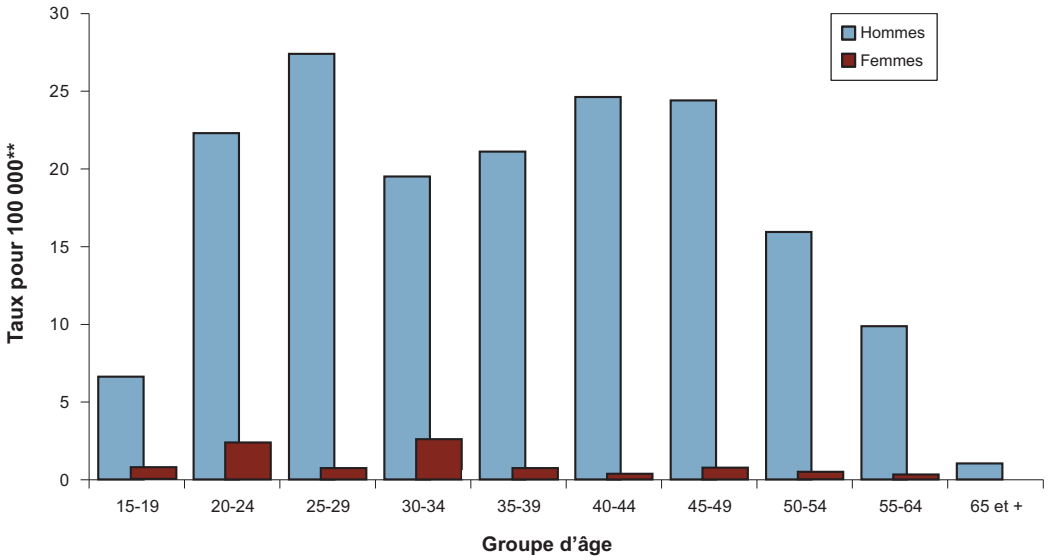


Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

* Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

** Taux exprimé pour 100 000 personnes-années.

Figure 11 : Syphilis infectieuse* : taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2010

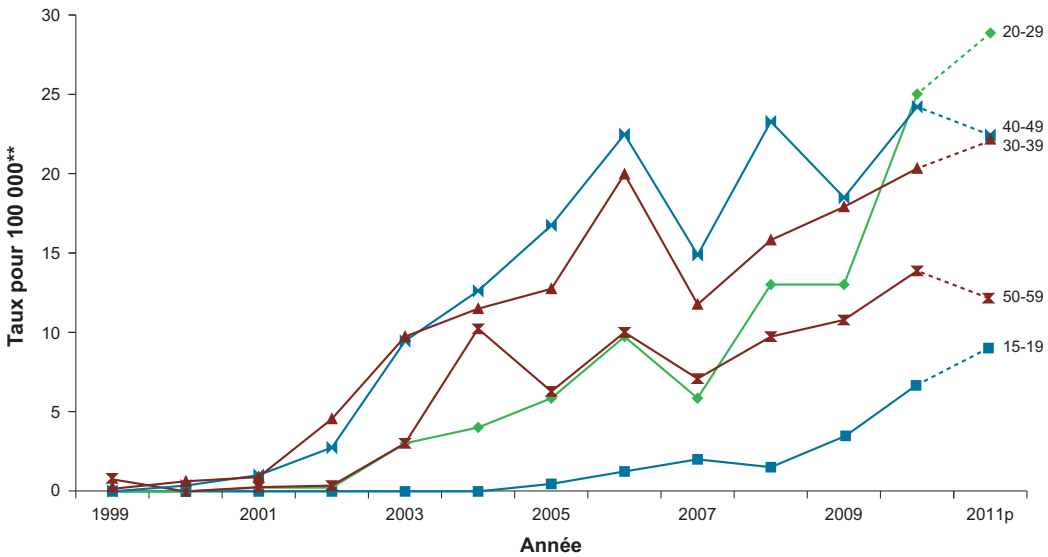


Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

* Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

** Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2011, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

Figure 12 : Syphilis infectieuse* : taux d'incidence de cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, 2000 à 2011p

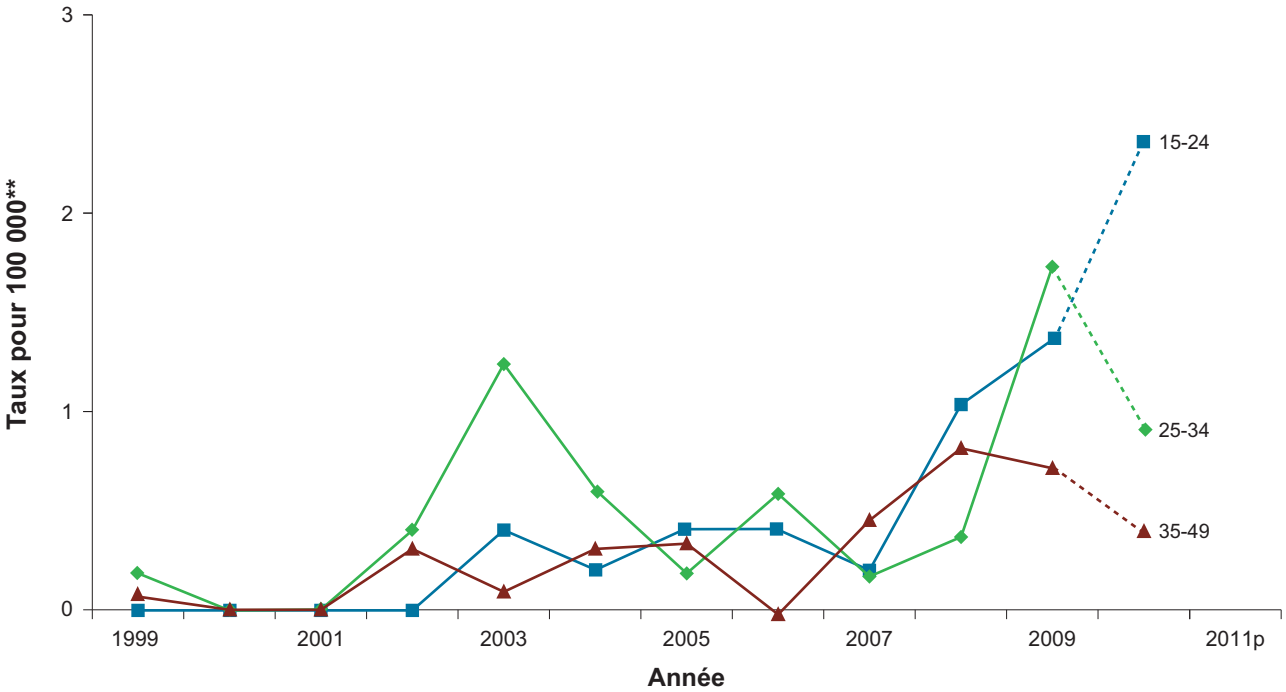


Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

* Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

** Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2010, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 226 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 14 août 2010).

Figure 13 : Syphilis infectieuse*: taux d'incidence de cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, 2000 à 2011p



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

* Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

** Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2010, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 226 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 14 août 2010).

Tableau 5 : Syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence*, selon la région, Québec, 2006 à 2011p

Région	2006		2007		2008		2009		2010		Moyenne 2006-2010		2011**		Variation 2010-2006			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	0	0,0	2	1,0	0	0,0	1	0,5	2	1,0	1,0	0,5	0	0,0	2	0,0	1,0	0,0
Saguenay—Lac-Saint-Jean	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	3	1,1	0,8	0,3	2	0,6	3	0,0	1,1	0,0
Capitale-Nationale	12	1,8	11	1,6	27	4,0	39	5,7	59	8,6	29,6	4,4	52	7,5	47	391,7	6,8	377,9
Mauricie et Centre-du-Québec	6	1,2	7	1,4	7	1,4	7	1,4	12	2,4	7,8	1,6	11	2,3	6	100,0	1,2	96,5
Estrie	3	1,0	0	0,0	0	0,0	10	3,3	14	4,5	5,4	1,8	5	1,6	11	0,0	3,5	0,0
Montréal	292	15,6	173	9,2	270	14,3	236	12,4	328	17,2	259,8	13,7	357	18,5	36	12,3	1,6	10,0
Outaouais	11	3,2	2	0,6	6	1,7	5	1,4	6	1,7	6,0	1,7	10	2,7	-5	-45,5	-1,5	-48,1
Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0,2	0,1	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Côte-Nord	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,1	0,4	0,4	3	3,4	2	0,0	2,1	0,0
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	1	1,1	1	1,1	0	0,0	5	5,3	11	11,6	3,6	3,8	0	0,0	10	0,0	10,6	0,0
Chaudière-Appalaches	2	0,5	2	0,5	4	1,0	7	1,7	9	2,2	4,8	1,2	11	2,8	7	350,0	1,7	340,4
Laval	4	1,1	5	1,3	4	1,0	9	2,3	15	3,8	7,4	1,9	11	2,8	11	275,0	2,7	252,5
Lanaudière	9	2,1	8	1,8	13	2,9	14	3,0	16	3,4	12,0	2,7	13	2,7	7	77,8	1,3	64,6
Laurentides	9	1,7	3	0,6	12	2,2	13	2,4	11	2,0	9,6	1,8	13	2,3	2	22,2	0,3	14,7
Montérégie	29	2,1	34	2,4	40	2,8	30	2,1	51	3,5	36,8	2,6	54	3,7	22	75,9	1,4	68,4
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,7	0	0,0	0,2	1,8	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,5	0	0,0	0,2	1,3	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Région non précisée	0		0		0		0		0		0,0		0		0		0,0	
Province de Québec	**378**	**5,0**	**248**	**3,2**	**383**	**4,9**	**380**	**4,9**	**539**	**6,8**	**385,6**	**5,0**	**542**	**6,8**	**161**	**42,6**	**1,9**	**38,1**

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 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

Commentaires

La résurgence de la syphilis infectieuse n'est plus limitée à la région de Montréal et on commence à compter de plus en plus de cas chez de très jeunes hommes et chez des femmes en âge de procréer.

Les renseignements recueillis dans les régions sur les facteurs d'exposition ne font pas l'objet d'une compilation provinciale sur une base continue. Si les informations disponibles nous indiquent qu'une proportion importante des cas chez les hommes sont encore des HARSAH, nous ne pouvons suivre l'évolution de cette proportion. Nous ne sommes pas non plus en mesure de préciser l'épidémiologie de la syphilis infectieuse chez les jeunes hommes, de plus en plus touchés.

L'augmentation de la syphilis chez les femmes en âge de procréer et la survenue d'un cas de syphilis congénitale justifient de prêter une attention particulière non seulement à l'application du dépistage systématique de la syphilis chez la femme enceinte en début de grossesse, mais aussi à la recherche systématique de facteurs de risque en cours de grossesse et à la répétition du dépistage si une nouvelle exposition est soupçonnée.

Avoir un partenaire à risque est l'une des principales indications du dépistage de la syphilis chez la femme. L'analyse des cas féminins de syphilis infectieuse déclarés en 2010 semble montrer que ces femmes ignorent souvent les facteurs de risque de leurs partenaires sexuels. Ce constat ne peut à lui seul justifier un élargissement des indications de dépistage de la syphilis chez la femme, mais il devrait être pris en compte dans les travaux de mise à jour du Guide québécois de dépistage des ITSS.

Lymphogranulomatose vénérienne : l'infection « s'installe » au Québec

La lymphogranulomatose vénérienne est une infection endémique dans certains pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique du Sud et des Caraïbes mais, jusqu'en 2003, la survenue de cas était rare au Canada. Au Québec, depuis l'émergence de l'infection en 2005, le nombre de cas fluctue d'année en année et témoigne d'une transmission locale. Cette infection touche presque exclusivement les HARSAH.

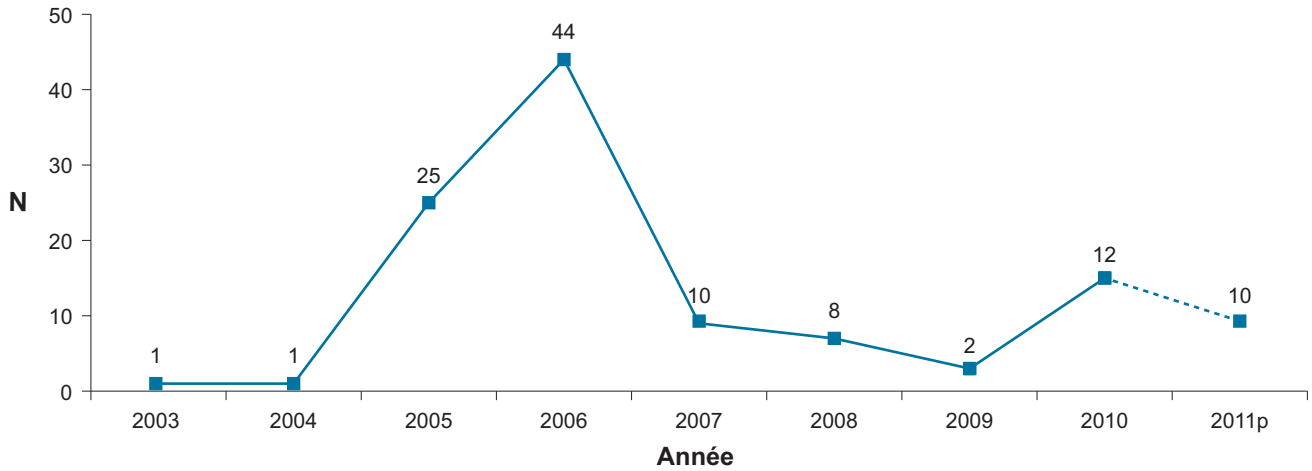
Caractéristiques des cas déclarés en 2010

- On recense 12 cas masculins en 2010.
- La moitié des cas (6/12) étaient âgés de 45 à 49 ans, 4 étaient âgés de 20 à 29 ans et 2 avaient entre 35 et 44 ans.
- Tous étaient des HARSAH, sauf un homme hétérosexuel qui avait eu des relations sexuelles en voyage (tourisme sexuel) et un autre dont le sexe des partenaires n'était pas connu.
- Parmi les cas déclarés en 2010, neuf ont été enregistrés dans la région de Montréal et trois l'ont été dans trois autres régions (Mauricie et Centre-du-Québec, Laval, Lanaudière).

Tendances

- Au Québec, un total, de 10 cas de lymphogranulomatose vénérienne ont été déclarés entre 1990 et 2004. L'émergence de l'infection date de 2005, alors que l'on recensait 25 cas déclarés ; en 2006, on en comptait 44. Le nombre de cas a ensuite baissé à 10 en 2007, puis à 9 en 2008 et à 2 en 2009. En 2010, 12 cas ont été rapportés et, selon les données disponibles, le nombre de cas devrait être le même en 2011.
- À l'exception d'un cas féminin observé en 2008, tous les cas déclarés au Québec jusqu'à maintenant sont des hommes ; la presque totalité d'entre eux sont des HARSAH, dont plusieurs auraient contracté le VIH. La fréquentation des saunas et la recherche de partenaires sur le Web sont des circonstances fréquemment rapportées.
- La région de Montréal regroupe 86 % des cas déclarés entre 2003 et 2010. Au cours de cette période, sept autres régions ont déclaré entre un et trois cas chacune.

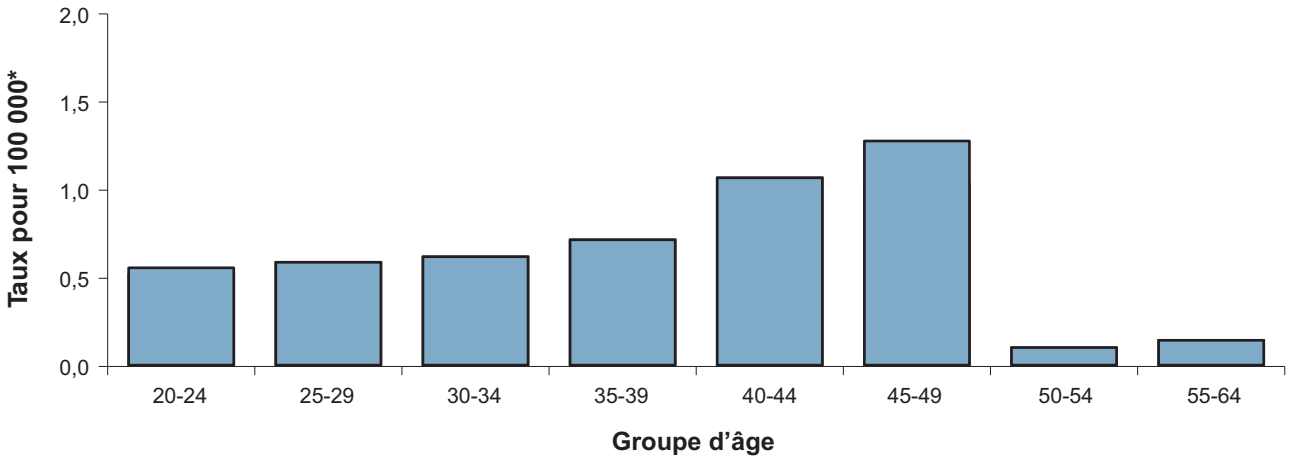
Figure 14 : Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, 2003 à 2011p



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

* Pour 2011, il s'agit du nombre de cas projetés à partir du nombre de cas survenus au cours des 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

Figure 15 : Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2006 à 2011p



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

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. N total pour la période 2005-2009 : 89.

Tableau 6 : Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence*, selon la région, Québec, 2006 à 2011p

Région	2006		2007		2008		2009		2010		Moyenne 2006-2010		2011**		Variation 2010-2006			
	N	Tx	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		0,0	
Saguenay—Lac-Saint-Jean	1	0,4	0		0		0		0		0,2	0,1	0		-1	-100,0	-0,4	-100,0
Capitale-Nationale	0		0		1	0,1	0		0		0,2	0,0	0		0		0,0	
Mauricie et Centre-du-Québec	0		0		1	0,2	0		1	0,2	0,4	0,1	0		1		0,2	
Estrie	0		0		0		0		0		0,0		0		0		0,0	
Montréal	38	2,0	10	0,5	3	0,2	2	0,1	9	0,5	12,4	0,7	10	0,5	-29	-76,3	-1,6	-76,8
Outaouais	0		0		0		0		0		0,0		0		0		0,0	
Abitibi-Témiscamingue	0		0		0		0		0		0,0		0		0		0,0	
Côte-Nord	0		0		0		0		0		0,0		0		0		0,0	
Nord-du-Québec	0		0		0		0		0		0,0		0		0		0,0	
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	0		0		0		0		0		0,0		0		0		0,0	
Chaudière-Appalaches	0		0		0		0		0		0,0		0		0		0,0	
Laval	2	0,5	0		1	0,3	0		1	0,3	0,8	0,2	0		-1	-50,0	-0,3	-53,0
Lanaudière	0		0		2	0,4	0		1	0,2	0,6	0,1	0		1		0,2	
Laurentides	0		0		1	0,2	0		0		0,2	0,0	0		0		0,0	
Montérégie	3	0,2	0		0		0		0		0,6	0,0	0		-3	-100,0	-0,2	-100,0
Nunavik	0		0		0		0		0		0,0		0		0		0,0	
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0		0		0		0		0		0,0		0		0		0,0	
Région non précisée	0		0		0		0		0		0,0		0		0		0,0	
Province de Québec	**44**	**0,6**	**10**	**0,1**	**9**	**0,1**	**2**	**0,0**	**12**	**0,2**	**15,4**	**0,2**	**10**	**0,1**	**-32**	**-72,7**	**-0,4**	**-73,6**

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 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

Commentaires

Ailleurs dans le monde, des éclosions de lymphogranulomatose vénérienne sont survenues après une période d'accalmie. Au Québec, si le nombre de cas déclarés au cours des dernières années demeure relativement faible, il s'agit maintenant de cas acquis localement et non plus de cas isolés acquis à l'étranger. La transmission locale montre que cette infection semble s'installer au Québec.

Au Québec comme au Canada, une grande partie des cas surviennent chez des personnes vivant avec le VIH. Cette observation témoigne de la présence de comportements sexuels à risque au sein de cette population, ce qui non seulement compromet la santé des personnes vivant avec le VIH, mais peut aussi apporter un risque de transmission accrue de l'infection par le VIH.

La lymphogranulomatose vénérienne exige toujours une attention particulière au Québec et fait l'objet d'une vigie intensifiée dans tout le Canada.

Hépatite B : régression progressive

Les cas déclarés d'hépatite B comprennent les cas d'hépatite aiguë et chronique ainsi que ceux dont le stade n'a pu être précisé. L'incidence de cette infection diminue constamment.

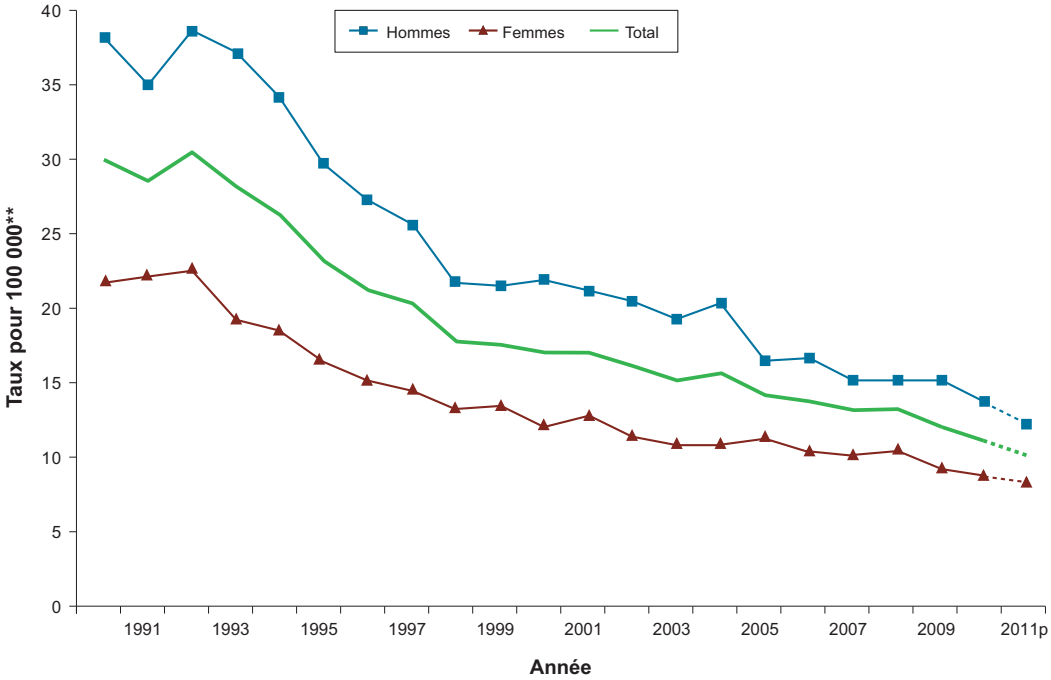
Caractéristiques des cas déclarés en 2010

- Moins de 1 000 cas d'hépatite B (de stade aigu, chronique ou non précisé) ont été déclarés (885 cas), soit un taux de 11,2 pour 100 000 (13,5 pour 100 000 chez les hommes et 8,8 pour 100 000 chez les femmes).
- Plus précisément, 24 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés, soit 23 hommes âgés de 25 ans ou plus et 1 femme ayant entre 35 et 39 ans.
- Encore en 2010, la région de Montréal enregistre le taux le plus élevé de cas déclarés d'hépatite B, soit 28,4 pour 100 000 (544 cas). Elle est suivie des régions de l'Outaouais (11,3 pour 100 000, soit 41 cas), de Laval (11,1 pour 100 000, soit 44 cas), de l'Estrie (8,8 pour 100 000, soit 27 cas), de la Capitale-Nationale (7,3 pour 100 000, soit 50 cas), et de la Montérégie (6 pour 100 000, soit 87 cas).

Tendances

- En vingt ans, le nombre annuel total de l'ensemble des cas d'hépatite B (de stade aigu, chronique ou non précisé) a diminué de 57 %. Le rythme de la diminution a ralenti au cours des cinq dernières années, la baisse étant de 14 % entre 2006 et 2010. Selon les données préliminaires disponibles, environ 821 cas seront déclarés en 2011, ce qui confirme une régression progressive de cette infection mais à un rythme moins rapide qu'au début des années 1990. Les taux de cas déclarés ont toujours été plus élevés pour les hommes que pour les femmes.
- Le nombre de cas d'hépatite B **aiguë** a diminué de près de 100 % au cours des vingt dernières années. Cette situation est associée à l'implantation, en 1994, du programme universel de vaccination en 4e année du primaire ainsi qu'à l'augmentation considérable de la vaccination gratuite pour les groupes à risque. En effet, au cours des cinq premières années suivant l'introduction du vaccin, l'incidence de l'hépatite B aiguë a diminué de 39 % (1995-1999) et de 61 % pendant les cinq années suivantes (2000-2004). Au cours des cinq dernières années, l'incidence a diminué de 40 %, et moins de 50 cas ont été déclarés annuellement.

Figure 16 : Hépatite B* : taux d'incidence de cas déclarés selon le sexe, Québec, 1990 à 2011p

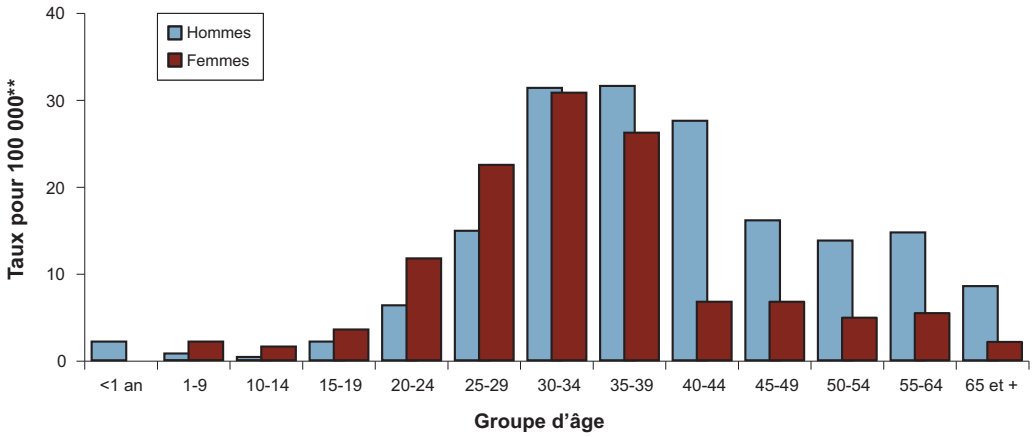


Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

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

** Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2011, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

Figure 17 : Hépatite B* : taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2010

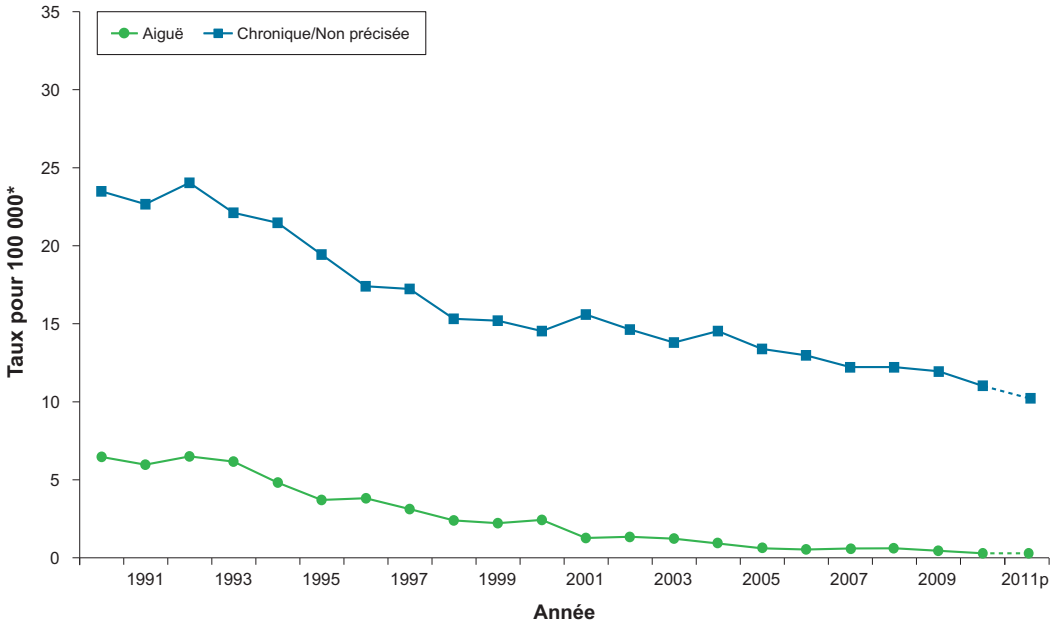


Données extraites du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

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

** Taux exprimé pour 100 000 personnes-années.

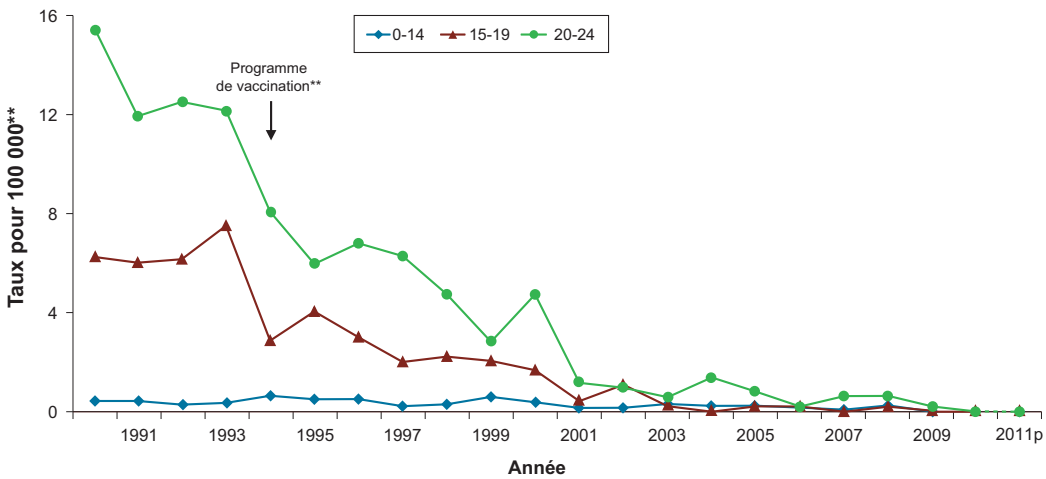
Figure 18 : Hépatite B aiguë et chronique ou non précisée : taux brut d'incidence de cas déclarés, Québec, 1990 à 2011p



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

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2011, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

Figure 19 : Hépatite B aiguë : taux d'incidence de cas déclarés, jeunes de moins de 25 ans, sexes réunis, Québec, 1990 à 2011p*



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

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

** Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2011, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

Tableau 7 : Hépatite B aiguë et chronique ou non précisée : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence* selon la région, Québec, 2006 à 2011p

Région	2006		2007		2008		2009		2010		Moyenne 2006-2010		2011**		Variation 2010-2006			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	7	3,5	0	0,0	12	6,0	7	3,5	8	4,0	6,8	3,4	10	4,8	1	14,3	0,5	14,4
Saguenay—Lac-Saint-Jean	7	2,6	10	3,7	8	2,9	6	2,2	12	4,4	8,6	3,2	5	1,8	5	71,4	1,9	73,2
Capitale-Nationale	47	7,0	42	6,2	59	8,7	48	7,0	50	7,3	49,2	7,2	36	5,2	3	6,4	0,2	3,4
Mauricie et Centre-du-Québec	17	3,5	25	5,1	14	2,9	20	4,1	20	4,0	19,2	3,9	8	1,6	3	17,6	0,5	15,6
Estrie	25	8,3	26	8,6	22	7,2	27	8,8	27	8,8	25,4	8,3	39	12,5	2	8,0	0,5	5,4
Montréal	664	35,4	628	33,4	622	32,9	598	31,5	544	28,4	611,2	32,1	488	25,4	-120	-18,1	-7,0	-19,7
Outaouais	31	9,0	35	10,0	44	12,5	41	11,5	41	11,3	38,4	10,7	34	9,3	10	32,3	2,3	25,9
Abitibi-Témiscamingue	2	1,4	5	3,5	6	4,1	4	2,8	7	4,8	4,8	3,3	5	3,4	5	250,0	3,4	249,5
Côte-Nord	3	3,1	0	0,0	3	3,1	4	4,2	0	0,0	2,0	2,1	2	1,7	-3	-100,0	-3,1	-100,0
Nord-du-Québec	1	6,7	0	0,0	2	13,6	0	0,0	0	0,0	0,6	4,1	0	0,0	-1	0,0	-6,7	0,0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	2	2,1	5	5,3	4	4,2	3	3,2	3	3,2	3,4	3,6	3	3,4	1	50,0	1,1	51,0
Chaudière-Appalaches	12	3,0	9	2,3	13	3,2	10	2,5	6	1,5	10,0	2,5	8	2,0	-6	-50,0	-1,5	-51,1
Laval	51	13,7	52	13,7	38	9,9	54	13,8	44	11,1	47,8	12,3	37	9,3	-7	-13,7	-2,6	-18,9
Lanaudière	10	2,3	12	2,7	13	2,9	18	3,9	13	2,8	13,2	2,9	16	3,4	3	30,0	0,5	20,4
Laurentides	29	5,6	21	4,0	27	5,0	24	4,4	22	4,0	24,6	4,5	24	4,3	-7	-24,1	-1,6	-28,8
Montérégie	120	8,7	113	8,1	106	7,5	91	6,4	87	6,0	103,4	7,2	101	6,9	-33	-27,5	-2,7	-30,6
Nunavik	1	9,1	0	0,0	2	17,6	0	0,0	0	0,0	0,6	5,2	2	13,7	-1	0,0	-9,1	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	3	20,9	1	6,8	1	6,7	4	26,1	1	6,4	2,0	13,1	3	20,4	-2	0,0	-14,5	0,0
Région non précisée	0		1		0		0		0		0,2		821		0		0	
Province de Québec	**1 032**	**13,5**	**985**	**12,8**	**996**	**12,8**	**959**	**12,3**	**885**	**11,2**	**971,4**	**12,4**	**1 642**	**20,7**	**-147**	**-14,2**	**-2,3**	**-17,0**

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 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

Commentaires

La déclaration constante de cas de stades chronique et 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 ont maintenant reçu un diagnostic.

Le programme de vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire et la vaccination des personnes à risque ont eu une influence majeure sur la prévention de cette infection.

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

Depuis 1990, près de 35 000 cas d'hépatite C ont été déclarés au Québec. L'hépatite C évolue de façon chronique chez 80 % des personnes infectées. Actuellement, l'hépatite C est principalement liée à l'utilisation de drogues par injection.

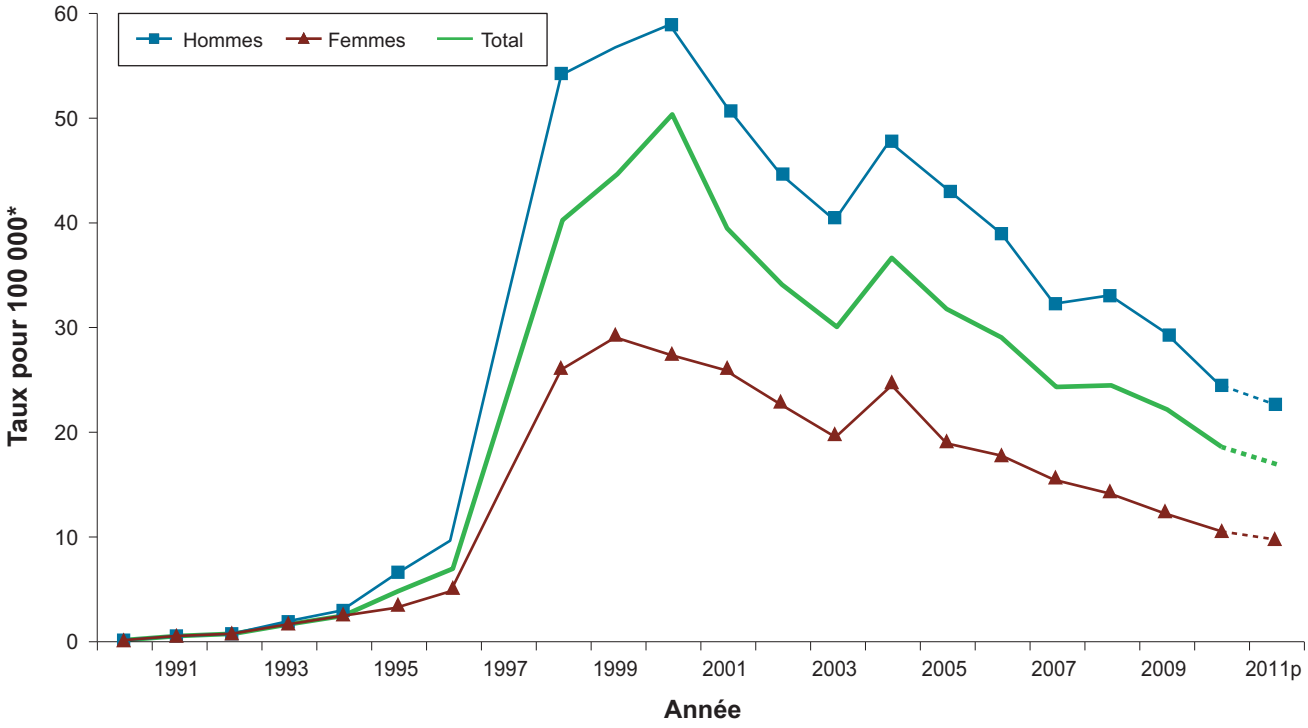
Caractéristiques des cas déclarés en 2010

- Dans l'ensemble, 1 467 cas d'hépatite C (incluant les cas aigus et non précisés) ont été déclarés (taux de 18,6 pour 100 000).
- Les hommes représentent 65 % des cas déclarés. Chez les hommes, les 40-54 ans sont les plus touchés (taux variant entre 62 et 74 pour 100 000) alors que, chez les femmes, ce sont les 30-54 ans (taux variant entre 17 et 18 pour 100 000).
- La région de Montréal, qui compte 36 % (625) des cas de la province, affiche le taux le plus élevé de cas déclarés au Québec, soit 33 pour 100 000. Elle est suivie de la région des Laurentides (29 cas par 100 000, avec 160 cas), puis des régions de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue, de l'Estrie et de la Capitale-Nationale, dont les taux se situent entre 14 et 22 pour 100 000. La région des Terres-Cries-de-la-Baie-James connaît un taux de 26 pour 100 000, avec 4 cas.
- En ce qui concerne particulièrement les cas aigus, 19 (12 hommes et 7 femmes) ont été déclarés en 2010. Chez les hommes, 58 % (7) avaient entre 40 et 54 ans, et 42 % (5) avaient entre 20 et 29 ans. Chez les femmes, 4 étaient âgées de 20 à 29 ans et 3 avaient entre 30 et 44 ans. La presque totalité des cas (18/19) ont été recensés dans la région de Montréal.

Tendances

- Le nombre de cas déclarés d'hépatite C a diminué de moitié (50 %) entre 2001 et 2010, et plus précisément de 33 % entre 2006 et 2010.
- Selon les données préliminaires, le nombre de cas déclarés en 2011 serait inférieur de 8 % à celui de 2010. La baisse de l'incidence constatée depuis 2001 est de 49 % chez les hommes et de 56 % chez les femmes.

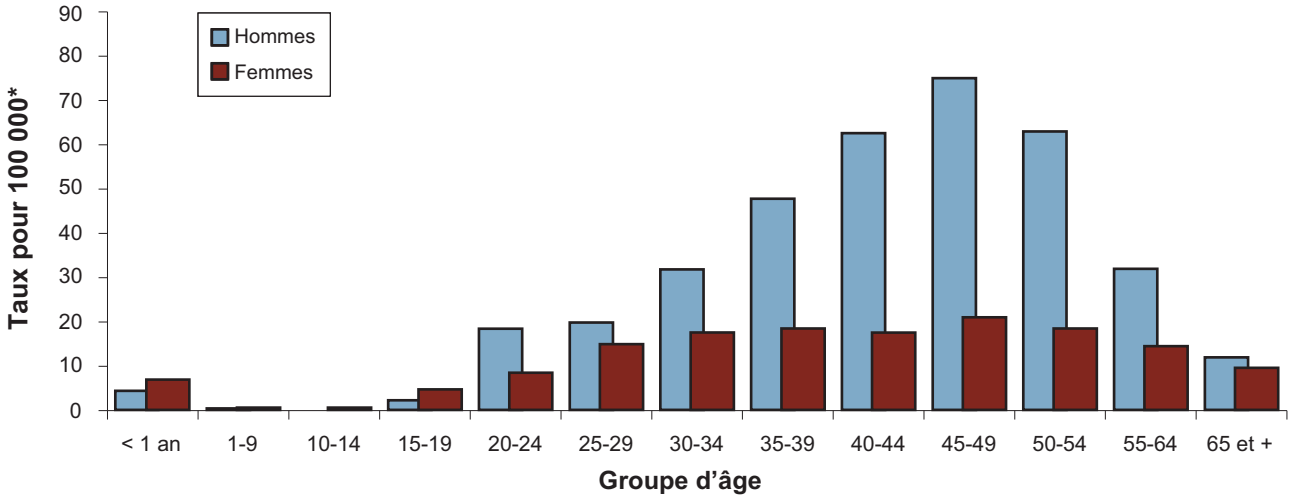
Figure 20 : Hépatite C : taux d'incidence de cas déclarés, selon le sexe, Québec, 1990 à 2011p



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

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2011, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 juin 2011).

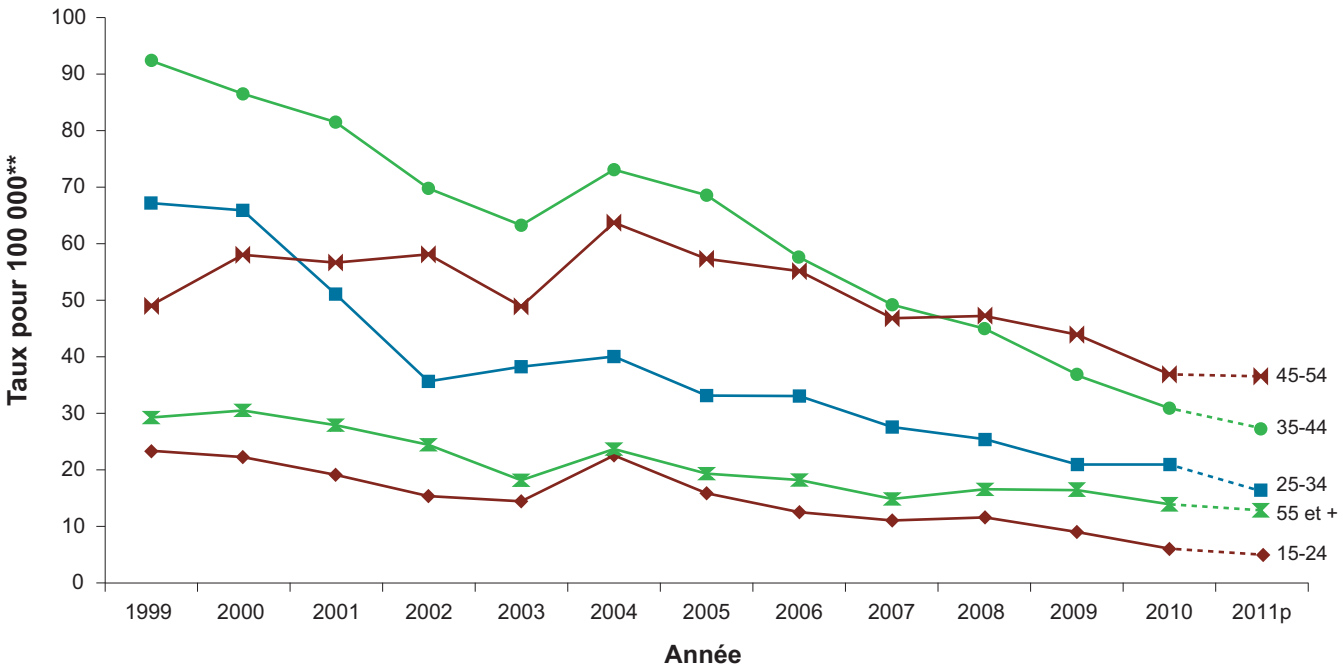
Figure 21 : Hépatite C : taux d'incidence de cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2010



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

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années.

Figure 22 : Hépatite C* : taux d'incidence de cas déclarés, pour certains groupes d'âge, Québec, 2000 à 2011p



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

* Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

** Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2011, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 juin 2011).

Tableau 8 : Hépatite C : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence*, selon la région, Québec, 2006 à 2011p

Région	2006		2007		2008		2009		2010		Moyenne 2006-2010		2011**		Variation 2010-2006			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	10	5,0	21	10,4	11	5,5	19	9,4	20	9,9	16,2	8,1	13	6,4	10	100,0	5,0	100,3
Saguenay—Lac-Saint-Jean	23	8,4	22	8,1	27	9,9	29	10,7	17	6,3	23,6	8,7	31	11,4	-6	-26,1	-2,1	-25,3
Capitale-Nationale	144	21,5	113	16,8	152	22,4	137	20,1	100	14,5	129,2	18,9	120	17,3	-44	-30,6	-7,0	-32,5
Mauricie et Centre-du-Québec	140	28,8	98	20,1	96	19,6	97	19,7	65	13,1	99,2	20,1	55	11,1	-75	-53,6	-15,7	-54,4
Estrie	74	24,6	77	25,4	68	22,3	58	18,9	56	18,2	66,6	21,7	49	15,7	-18	-24,3	-6,4	-26,1
Montréal	976	52,1	837	44,5	836	44,2	737	38,8	625	32,7	802,2	42,2	508	26,4	-351	-36,0	-19,4	-37,3
Outaouais	94	27,3	77	22,1	88	24,9	76	21,3	78	21,5	82,6	23,1	94	25,7	-16	-17,0	-5,7	-21,0
Abitibi-Témiscamingue	42	29,0	38	26,2	48	33,1	45	31,0	22	15,2	39,0	26,9	32	22,4	-20	-47,6	-13,8	-47,7
Côte-Nord	17	17,6	9	9,4	11	11,5	10	10,5	7	7,4	10,8	11,3	6	6,9	-10	-58,8	-10,2	-58,1
Nord-du-Québec	2	13,3	0	0,0	2	13,6	1	6,9	0	0,0	1,0	6,9	3	22,9	-2	-100,0	-13,3	-100,0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	13	13,7	10	10,6	18	19,0	13	13,7	12	12,7	13,2	14,0	10	10,3	-1	-7,7	-1,0	-7,1
Chaudière-Appalaches	51	12,8	39	9,8	43	10,7	34	8,4	25	6,2	38,4	9,5	13	3,2	-26	-51,0	-6,7	-52,0
Laval	85	22,8	79	20,9	69	18,0	55	14,1	42	10,6	66,0	16,9	39	9,7	-43	-50,6	-12,2	-53,6
Lanaudière	87	20,1	73	16,5	45	10,0	52	11,3	41	8,8	59,6	13,0	34	7,1	-46	-52,9	-11,3	-56,4
Laurentides	148	28,5	126	23,9	160	29,9	156	28,7	160	29,0	150,0	27,6	157	28,1	12	8,1	0,4	1,5
Montérégie	289	20,9	235	16,8	199	14,1	197	13,8	192	13,3	222,4	15,6	178	12,2	-97	-33,6	-7,6	-36,4
Nunavik	1	9,1	0	0,0	1	8,8	1	8,7	1	8,5	0,8	6,9	3	27,4	0	0,0	-0,6	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	7,0	4	27,3	2	13,4	5	32,7	4	25,6	3,2	20,9	3	20,4	3	300,0	18,6	266,9
Région non précisée	1		0		0		2		0		0,6		1 350		-1		0,0	
Province de Québec	**2 198**	**28,8**	**1 858**	**24,2**	**1 876**	**24,2**	**1 724**	**22,1**	**1 467**	**18,6**	**1 824,6**	**23,3**	**2 699**	**34,0**	**-731**	**-33,3**	**-10,2**	**-35,4**

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 225 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 13 août 2011).

Commentaires

Le nombre de cas déclarés a été très élevé dans les premières années suivant l'arrivée de tests de détection, années au cours desquelles l'hépatite C a pu être diagnostiquée chez les personnes anciennement infectées. La diminution de l'incidence des cas déclarés qui s'est observée ensuite reflète probablement davantage le rattrapage du diagnostic des cas anciennement infectés qu'une baisse réelle de l'incidence. D'ailleurs, les données issues des études menées auprès des UDI (voir, plus loin, la section sur les populations touchées), ne démontrent pas une diminution de l'incidence ou de la prévalence de l'hépatite C comparable à celle du nombre de cas déclarés.

Le nombre de cas déclarés d'hépatite C classifiés dans la catégorie des cas aigus reste largement en deçà de la réalité. La présentation clinique et les tests de laboratoire effectués sont le plus souvent non spécifiques d'une infection aiguë. La définition nosologique actuellement en vigueur au Québec à des fins de surveillance contient un grand nombre de critères à respecter pour retenir le diagnostic d'hépatite C aiguë, ce qui assure une excellente spécificité mais fait diminuer la capacité de distinguer les cas aigus parmi l'ensemble des cas déclarés.

VIH : une infection toujours très présente

Depuis 2002, le programme de surveillance de l'infection par le VIH fournit des données sur la fréquence de l'infection et les catégories d'exposition des cas confirmés au LSPQ. Des rapports exhaustifs sont périodiquement diffusés à ce sujet et c'est pourquoi seuls les éléments principaux seront rapportés ici.

Caractéristiques des cas déclarés en 2010[11]

- En tout, 525 infections par le VIH ont été enregistrées : 318 nouveaux diagnostics, 191 anciens et 16 personnes pour lesquelles on ne peut dire, d'après les informations disponibles, si elles ont reçu leur premier diagnostic de VIH en 2010 ou avant.
- Les hommes représentent 81,4 % des nouveaux diagnostics.
- Les 15-24 ans et les 30-49 ans constituent respectivement 6,9 % et 56,7 % des nouveaux cas masculins ; chez les femmes, les proportions sont de 8,4 % et de 50,8 %.

Facteurs d'exposition

Les quatre catégories principales d'exposition dans lesquelles se rangent les nouveaux diagnostics enregistrés en 2010 demeurent les mêmes qu'auparavant.

- Les HARSAH représentent 62,0 % de l'ensemble des nouveaux diagnostics et 76,1 % de ceux qui concernent les hommes. En 2010, on recense quinze fois plus de nouveaux diagnostics chez les HARSAH (197 cas) que chez les UDI (13 cas).
- Les personnes originaires d'un pays où la maladie est endémique[12] comptent pour 15,4 % de l'ensemble des nouveaux diagnostics et 47,5 % de ceux qui se rapportent aux femmes. Il s'agit de la catégorie d'exposition la plus fréquente chez ces dernières.
- Les personnes hétérosexuelles non originaires de pays où la maladie est endémique représentent 14,5 % de l'ensemble des nouveaux diagnostics Cette catégorie inclut les personnes hétérosexuelles dont le partenaire a un risque connu, les personnes ayant soit de multiples partenaires, soit des contacts avec des travailleuses ou des travailleurs du sexe, soit des antécédents d'ITSS ainsi que les personnes ayant fait des séjours dans un pays où la maladie est endémique et celles pour lesquelles il n'y a aucune précision sur leurs partenaires.
- Les UDI comptent pour 4,1 % des nouveaux diagnostics.

Transmission verticale

On a enregistré 26 nouveaux diagnostics de transmission verticale depuis 2002, dont 11 concernent des personnes nées au Canada : 8 cas ont une mère originaire d'un pays où la maladie est endémique, 1 cas a une mère d'origine autochtone, 1 cas a une mère d'une autre origine et 1 cas a une mère d'origine canadienne. Les 15 autres cas sont nés à l'extérieur du Canada.

11. R. BITERA *et al., Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : cas cumulatifs 2002-2010,* Québec, Institut national de santé publique du Québec, Unité de recherche en santé des populations du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, 2011, 114 p.
12. Pays qui affichent un taux important d'infections par le VIH et où le mode prédominant de transmission est le contact hétérosexuel.

Tendances

- Un total de 3 291 nouveaux diagnostics ont été enregistrés dans le cadre du programme de surveillance du VIH depuis 2002.
- Entre 2003 et 2006, on observe une moyenne de 428 nouveaux diagnostics de VIH par année. La moyenne est de 338 pour la période 2007-2010, soit une diminution de 21 %.
- Chez les hommes, la moyenne s'établissait à 342 nouveaux diagnostics de VIH par année entre 2003 et 2006. Elle est de 281 pour la période 2007-2010, soit une diminution de 17 %.
- Chez les femmes, on comptait, en moyenne, 85 nouveaux diagnostics de VIH par année entre 2003 et 2006. La moyenne est de 42 pour la période 2007-2010, soit une diminution de 50 %.
- Dans l'ensemble, la répartition des nouveaux diagnostics par groupe d'âge semble relativement stable.
- Entre 2006 et 2010, la proportion des HARSAH est passée de 56,7 % à 62,0 % de l'ensemble des nouveaux diagnostics, alors que celle des UDI chutait de 9,0 % à 4,1 %. Si la proportion des HARSAH augmente parmi les nouveaux diagnostics, il faut toutefois mentionner que le nombre de cas enregistrés de nouveaux diagnostics chez les HARSAH a diminué de 24 % entre 2006 et 2010, étant passé de 258 à 197 cas.
- Depuis l'implantation du programme de surveillance du VIH, en avril 2002, la région de Montréal enregistre à elle seule 64,1 % de l'ensemble des cas déclarés (n = 6 107) et, plus précisément, 77 % des cas d'immigrants venant de pays où la maladie est endémique, 69 % des cas d'HARSAH, 60 % des cas d'HARSAH également UDI, 58 % des cas de transmission mère-enfant, 52 % des cas d'UDI et 51 % des cas de personnes hétérosexuelles non originaires d'un pays où la maladie est endémique.

En 2008, selon les estimations produites pour le Québec par l'Agence de la santé publique du Canada[13], on a évalué qu'au Québec :

- entre 500 et 1 200 personnes avaient contracté le VIH durant l'année (cette donnée est similaire aux dernières estimations produites, lesquelles portaient sur l'année 2005) ;
- entre 14 500 et 21 300 personnes étaient atteintes du VIH (chiffre qui comprend les personnes ayant développé le sida).

13. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées, par catégorie d'exposition, province de Québec, 2005 et 2008,* communication personnelle faite par le Dr Chris Archibald, 2009.

Tableau 9 : VIH : nombre de nouveaux diagnostics, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2010

	Année du prélèvement									Total
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Anciens diagnostics										
Sexe masculin	277	339	267	229	198	215	200	209	150	**2 084**
Sexe féminin	83	117	80	80	55	75	66	60	41	**657**
Transsexuelle H-F	0	1	0	0	1	0	1	0	0	**3**
Transsexuel F-H	0	0	0	0	0	0	1	0	0	**1**
Sexe inconnu	0	0	0	1	0	0	0	0	0	**1**
Sous-total	360	457	347	310	254	290	268	267	191	**2 746**
Nouveaux diagnostics										
Sexe masculin	183	355	305	337	374	280	329	256	259	**2 678**
Sexe féminin	47	88	87	83	81	56	60	51	59	**612**
Transsexuelle H-F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Transsexuel F-H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Sexe inconnu	0	0	0	0	1	0	0	0	0	**1**
Sous-total	230	443	392	420	456	336	389	307	318	**3 291**
Impossible à caractérise										
Sexe masculin	55	33	48	8	12	22	14	33	16	**225**
Sexe féminin	26	13	14	5	3	4	2	7	0	**74**
Transsexuelle H-F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Transsexuel F-H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Sexe inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Sous-total	81	46	62	13	15	26	16	40	16	**315**
Total	**671**	**946**	**801**	**743**	**725**	**652**	**673**	**616**	**525**	**6 352**

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ 2011

Tableau 10 : VIH : nombre et proportion de L'ENSEMBLE DES CAS par année de prélèvement, selon la catégorie principale d'exposition et le sexe, Québec, avril 2002* à décembre 2010

	HARSAH		HARSAH-UDI		UDI		Pays endém.		Hétéro à risque		Facteur de coag.		Don de sang		SRC–Hétéro		SRC		Mère-enfant		Exposition non précisée	Total
	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**
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**
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**
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**
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**
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**
2008	368	67,8	23	4,2	49	9,0	43	7,9	21	3,9	0	0,0	0	0,0	33	6,1	0	0,0	6	1,1	0	**543**
2009	359	72,4	18	3,6	32	6,4	29	5,8	9	1,8	6	1,2	4	0,8	30	6,0	1	0,2	9	1,8	0	**498**
2010	299	70,4	16	3,8	29	6,8	34	8,0	8	1,9	2	0,5	1	0,2	32	7,5	3	0,7	1	0,2	0	**425**
Sous-total H	3 127	62,5	240	4,8	680	13,6	381	7,6	110	2,2	23	0,5	15	0,3	350	7,0	39	0,8	36	0,7	0	**5 003**
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**
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**
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**
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**
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**
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**
2008					14	10,9	68	53,1	25	19,5	1	0,8	0	0,0	12	9,4	1	0,8	7	5,5	0	**128**
2009					20	17,0	58	49,2	17	14,4	0	0,0	2	1,7	17	14,4	0	0,0	4	3,4	0	**118**
2010					12	12,0	53	53,0	14	14,0	0	0,0	0	0,0	17	17.0	0	0,0	4	4,0	0	**100**
Sous-total F					294	21,9	614	45,7	188	14,0	3	0,2	14	1,0	176	14,4	4	0,3	33	2,5	0	**1 343**
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**
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**
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**
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**
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**
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**
2008	369	54,8	24	3,6	63	9,4	111	16,5	46	6,8	1	0,2	0	0,0	45	6,7	1	0,2	13	1,9	0	**673**
2009	360	58,4	18	2,9	52	8,4	87	14,1	26	4,2	6	1,0	6	1,0	47	7,6	1	0,2	13	2,1	0	**616**
2010	299	57,0	16	3,1	41	7,8	87	16.6	22	4,2	2	0,4	1	0,2	49	9,3	3	0,6	5	1,0	0	**525**
TOTAL	**3 129**	**49,3**	**241**	**3,8**	**974**	**15,3**	**995**	**15,7**	**299**	**4,7**	**28**	**0,4**	**29**	**0,5**	**544**	**8,6**	**43**	**0,7**	**69**	**1,1**	**1**	**6 352**

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ 2011

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.

Tableau 11 : VIH : nombre et proportion de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par année de prélèvement, selon la catégorie principale d'exposition et le sexe, Québec, avril 2002* à décembre 2010

	HARSAH		HARSAH-UDI		UDI		Pays endém.		Hétéro à risque		Facteur de coag.		Don de sang		SRC[1]– Hétéro		SRC		Mère-enfant		Exposition non précisée	Total
	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**
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**
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**
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**
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**
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**
2008	237	72,0	15	4,6	18	5,5	18	5,5	17	5,2	0	0,0	0	0,0	22	6,7	0	0,0	2	0,6	0	**329**
2009	199	77,7	4	1,6	15	5,9	13	5,1	5	2,0	0	0,0	1	0,4	19	7,4	0	0,0	0	0,0	0	**256**
2010	197	76,1	9	3,5	8	3,1	21	8,1	6	2,3	0	0,0	0	0,0	17	6,6	1	0,4	0	0,0	0	**259**
Sous-total H	1 863	69,6	93	3,5	200	7,5	207	7,7	72	2,7	1	0,0	2	0,1	208	7,8	20	0,8	12	0,5	0	**2 678**
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**
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**
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**
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**
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**
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**
2008					5	8,3	27	45,0	16	26,7	0	0,0	0	0,0	9	15,0	1	1,7	2	3,3	0	**60**
2009					5	9,8	25	49,0	13	25,5	0	0,0	0	0,0	8	15,7	0	0,0	0	0,0	0	**51**
2010					5	8,5	28	47,5	11	18,6	0	0,0	0	0,0	12	20,3	0	0,0	3	5,1	0	**59**
Sous-total F					105	17,2	275	44,9	114	18,6	0	0,0	2	0,3	101	16,5	1	0,2	14	2,3	0	**612**
Tous les ND																						
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**
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**
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**
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**
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**
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**
2008	237	60,9	15	3,9	23	5,9	45	11,6	33	8,5	0	0,0	0	0,0	31	8,0	1	0,3	4	1,0	0	**389**
2009	199	64,8	4	1,3	20	6,5	38	12,4	18	5,9	0	0,0	1	0,3	27	8,8	0	0,0	0	0,0	0	**307**
2010	197	62,0	9	2,8	13	4,1	49	15,4	17	5,4	0	0,0	0	0,0	29	9,1	1	0,3	3	0,9	0	**318**
TOTAL	**1 863**	**56,6**	**93**	**2,8**	**305**	**9,3**	**482**	**14,7**	**186**	**5,7**	**1**	**0,0**	**4**	**0,1**	**280**	**9,4**	**21**	**0,6**	**26**	**0,8**	**1**	**3 291**

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ 2011

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

Tableau 12 : VIH : nombre de nouveaux diagnostics et taux brut d'incidence*, selon la région, Québec, 2006 à 2010

Région	2006		2007		2008		2009		2010		Variation 2010-2006			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	5	2	2	1,0	8	4,0	2	1,0	2	1,0	-3	-60,0	-1,5	-59,9
Saguenay—Lac-Saint-Jean	2	1	2	0,7	2	0,7	3	1,1	4	1,5	2	100,0	0,7	102,1
Capitale-Nationale	33	5	19	2,8	28	4,1	24	3,5	24	3,5	-9	-27,3	-1,4	-29,3
Mauricie et Centre-du-Québec	7	1	4	0,8	11	2,2	2	0,4	13	2,6	6	85,7	1,2	82,5
Estrie	4	1	6	2,0	7	2,3	7	2,3	5	1,6	1	25,0	0,3	22,0
Montréal	308	16	218	11,6	249	13,1	182	9,6	195	10,2	-113	-36,7	-6,2	-38,0
Outaouais	16	5	14	4,0	4	1,1	10	2,8	8	2,2	-8	-50,0	-2,4	-52,4
Abitibi-Témiscamingue	0	0	1	0,7	2	1,4	3	2,1	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Côte-Nord	1	1	0	0,0	2	2,1	2	2,1	3	3,2	2	200,0	2,1	205,2
Nord-du-Québec	0	0	0	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	0,0	1	1,1	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Chaudière-Appalaches	1	0	0	0,0	2	0,5	6	1,5	2	0,5	1	100,0	0,2	95,7
Laval	12	3	13	3,4	12	3,1	17	4,4	16	4,0	4	33,3	0,8	25,3
Lanaudière	12	3	8	1,8	8	1,8	13	2,8	4	0,9	-8	-66,7	-1,9	-69,1
Laurentides	16	3	18	3,4	15	2,8	9	1,7	6	1,1	-10	-62,5	-2,0	-64,8
Montérégie	39	3	30	2,1	38	2,6	26	1,8	36	2,5	-3	-7,7	-0,3	-11,6
Nunavik	0	0	1	9,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Province de Québec	**456**	**6**	**336**	**4,4**	**386**	**5,0**	**307**	**3,9**	**318**	**4,0**	**-138**	**-30,3**	**-1,9**	**-32,5**

Source : Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), septembre 2010.

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

Commentaires

Depuis le début du programme, une moyenne annuelle de 400 spécimens positifs ne peuvent être enregistrés, les trois quarts du temps en raison de l'absence d'un numéro d'assurance maladie. Une proportion inconnue de ces cas peut être inscrite ultérieurement dans le registre, lorsque le patient concerné par cette situation obtient son numéro d'assurance maladie et qu'il passe à nouveau un test. On ne connaît pas l'ampleur de cette sous-estimation du nombre de cas diagnostiqués.

Certaines données nous incitent à croire que les cas sont détectés tardivement. Plus de la moitié (59,4 %) des personnes nouvellement diagnostiquées entre 2002 et 2010 n'avaient jamais passé de test de détection du VIH auparavant. La proportion est plus élevée chez les UDI (64,9 %) et les personnes originaires de pays où la maladie est endémique (85,1 %) que chez les HARSAH (45,2 %). Près du cinquième (17,9 %) des cas nouvellement diagnostiqués en 2010 présentaient déjà des signes et des symptômes compatibles avec une infection chronique par le VIH ou avaient atteint le stade du sida.

Malgré une très légère tendance à la baisse du nombre de nouveaux diagnostics, plusieurs centaines de nouveaux cas surviennent chaque année. Le VIH circule toujours activement au sein des HARSAH. L'infection par le VIH étant une infection chronique, le nombre de personnes vivant avec le VIH est de plus en plus important.

Les efforts relatifs à la prévention de la transmission du VIH doivent être poursuivis non seulement auprès de populations à risque, mais aussi auprès des personnes vivant avec le VIH.

POPULATIONS PARTICULIÈREMENT TOUCHÉES

Certains groupes de la population sont plus vulnérables aux ITSS, soit à l'une ou l'autre de ces infections en particulier ou à plusieurs d'entre elles : les jeunes de 15 à 24 ans, les jeunes en difficulté, les HARSAH, les UDI – dont ceux qui sont incarcérés –, les Québécois originaires de régions où la prévalence du VIH est élevée ainsi que les Autochtones.

Des données épidémiologiques détaillées concernant ces diverses populations sont présentées aux annexes 2 et 3.

Jeunes âgés de 15 à 24 ans

En 2010, selon les données du registre MADO, les jeunes de 15 à 24 ans représentent 66 % des cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, 43 % des cas d'infection gonococcique, 15 % des cas de syphilis infectieuse, 7 % des cas d'hépatite B (tous types) et 4 % des cas d'hépatite C. Par ailleurs, ils représentent 7 % des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH[14].

Divers travaux récents nous informent sur des aspects de la santé sexuelle des jeunes[15]. L'Enquête québécoise sur la santé de la population de 2008 est la plus récente enquête d'envergure nationale comportant un volet sur la santé sexuelle[16].

Facteurs d'exposition

- Environ la moitié des jeunes âgés de 15 à 17 ans (52 %) et presque 9 jeunes âgés de 18 à 24 ans sur 10 (87 %) ont déjà eu des relations sexuelles orales, vaginales ou anales. La proportion des 15-19 ans ayant déjà eu de telles relations sexuelles est similaire à celle qui s'observait dix ans plus tôt (61 % vs 59 %)[17].
- Environ un jeune de 15 à 24 ans sur trois a eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze mois précédant l'enquête. La proportion des 15-19 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des douze derniers mois (36 %, soit 41 % chez les garçons et 31 % chez les filles) est similaire à celle qui s'observait dix ans plus tôt (33 %)[18].
- Six jeunes âgés de 15 à 17 ans sur 10 (59 %) et environ le tiers (35 %) des jeunes âgés de 18 à 24 ans actifs sexuellement rapportent utiliser le condom pour toutes leurs relations sexuelles[19].

Antécédents d'ITSS

- Parmi les jeunes de 15 à 24 ans ayant déjà eu des relations sexuelles, environ 8 % ont reçu au moins une fois un diagnostic d'ITSS au cours de leur vie[20].

14. R. BITERA *et al., op. cit.*
15. L. CAZALE et P. LECLERC, « Comportements sexuels et usage de la contraception », dans H. Camirand et autres, *L'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois,* chap. 9, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010, p. 173-187 ; J.Y. FRAPPIER *et al.,* « Sex and sexual health : A survey of Canadian youth and mothers », *Pædiatrics and Child Health,* vol. 13, nº 1, janvier 2008, p. 25-30 ; SOM, RECHERCHES ET SONDAGES, *Sondage sur les habitudes sexuelles des 16-24 ans et le port du condom,* Rapport final présenté à la Direction des communications [du] ministère de la Santé et des Services sociaux, [Québec], SOM, Recherches et sondages, 2009, 60 + 17 p. et M. ROTERMANN, « Tendances du comportement sexuel et de l'utilisation du condom à l'adolescence », *Rapports sur la santé,* vol. 19, nº 3, septembre 2008, 5 p.
16. L. CAZALE et P. LECLERC, *op. cit.*
17. A. ADRIEN, V. LEAUNE et D. AUGER, « Comportements sexuels et utilisation du condom », dans *Enquête sociale et de santé 1998,* chapitre 9, 2e édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, coll. « La santé et le bien-être », 2001, p. 201-218.
18. *Ibid.*
19. *Ibid.*
20. *Ibid.*

Les résultats suivants consistent en des données recueillies en 2005-2006 auprès de **cégépiens montréalais** dont l'âge variait de 17 à 25 ans[21].

Facteurs d'exposition

- Ce sont 7 répondants sur 10 qui ont déjà eu une relation sexuelle orale, vaginale ou anale volontaire.
- Le nombre moyen de partenaires sexuels que les répondants avaient eu dans leur vie jusqu'au moment de l'enquête était de 4,1 pour les femmes et de 4,8 pour les hommes.
- Au cours des douze mois précédant la collecte des données, 14 % des femmes et 17 % des hommes avaient consommé de l'alcool ou des drogues au cours de 50 % ou plus de leurs relations sexuelles.
- À l'occasion de leurs relations vaginales ayant eu lieu au cours des douze mois précédant la collecte des données, 47 % des répondants n'avaient pas « toujours » utilisé le condom avec leurs partenaires « occasionnels », et 34 % ne l'avaient pas « toujours » utilisé avec leurs partenaires sexuels « d'un soir ». Le tiers des filles sexuellement actives avaient eu recours à une contraception orale d'urgence (pilule du lendemain) une fois ou plus dans leur vie.

Antécédents d'ITSS

- Ce sont 6,7 % des femmes et 3,2 % des hommes qui rapportent avoir reçu un diagnostic d'ITSS une fois ou plus dans leur vie (diagnostic posé par un médecin ou une infirmière). Plus précisément, 2,0 % des filles de 16-18 ans, 6,6 % des filles de 19-25 ans, 0,8 % des garçons de 16-18 ans et 1,8 % des garçons de 19-25 ans ont reçu un diagnostic d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*. En ce qui concerne l'infection gonococcique, les proportions étaient respectivement de 0,1 %, 1,4 %, 0,4 % et 0,3 %.

Commentaires

La communauté scientifique ne dispose pas de données détaillées, représentatives et longitudinales pour rendre compte des conduites sexuelles des jeunes.

Toutefois, en ce qui a trait aux relations sexuelles avec pénétration (orale, anale et vaginale), quelques travaux comparatifs montrent que l'âge au premier rapport sexuel, le nombre de partenaires sexuels ainsi que l'usage des méthodes prophylactiques et du condom n'auraient pas significativement changé au cours des dernières années[22].

21. G. LAMBERT *et al. Je passe le test : enquête sur la santé sexuelle et offre de dépistage de la chlamydiose sur prélèvement urinaire auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal,* Rapport préliminaire, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009, 30 p

22. M. BLAIS *et al., op. cit.* ; L. CAZALE et P. LECLERC, *op. cit.* ; M. ROTERMANN, *op. cit.* ; A. ADRIEN, V. LEAUNE et D. AUGER, *op. cit.* et G. LAMBERT *et al., ibid.*

Jeunes en difficulté

Les résultats présentés ici viennent de données recueillies en 2008-2009 auprès de jeunes âgés de 14 à 17 ans **hébergés dans les centres jeunesse du Québec**[23].

Facteurs d'exposition

- Près de 9 jeunes sur 10 (89 %) ont déjà eu une relation sexuelle orale, vaginale ou anale volontaire. Pratiquement 6 jeunes sur 10 (59 %) ont eu leur première relation sexuelle volontaire avant l'âge de 14 ans.

Parmi les jeunes âgés de 14 à 17 ans ayant déjà eu une relation sexuelle ou plus dans leur vie :

- le nombre médian de partenaires sexuels est de cinq pour les filles et de huit pour les garçons ;
- près de la moitié (48 %) des garçons et 43 % des filles ont consommé de l'alcool ou des drogues à l'occasion de 50 % ou plus de leurs relations sexuelles ;
- le quart des filles (25 %) et 7,2 % des garçons ont reçu de l'argent ou d'autres biens en échange de relations sexuelles une fois ou plus ;
- les trois quarts (75 %) des jeunes n'utilisent pas une double protection (condom et autre méthode contraceptive) lorsqu'ils ont des relations sexuelles vaginales. La moitié des filles (48 %) ont déjà eu recours à une contraception orale d'urgence (pilule du lendemain) une fois ou plus dans leur vie. Un peu plus du quart (28 %) des filles ont été enceintes une fois ou plus au cours de leur vie.

Parmi l'ensemble des répondants :

- 6,2 % des filles et 1,5 % des garçons ont consommé de la drogue par injection une fois ou plus ou cours de leur vie (âge moyen à la première injection : 15,2 ans pour les garçons et 13,5 ans pour les filles) ; 50 % des filles et 46 % des garçons ont consommé de la drogue par inhalation (priser ou *sniffer*) une fois ou plus au cours de leur vie.

Antécédents d'ITSS

- Parmi les jeunes sexuellement actifs, 61 % des filles et 29 % des garçons ont déjà passé un test de détection de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*.
- Ce sont 17,6 % des filles et 3,4 % des garçons qui ont reçu un diagnostic d'ITSS, de la part d'un médecin ou d'une infirmière, une fois ou plus dans leur vie.
- La prévalence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* s'élevait à 9,3 % chez les filles et à 1,9 % chez les garçons ; la prévalence de l'infection gonococcique était quant à elle de 1,7 % chez les filles et nulle chez les garçons.

23. G. LAMBERT *et al., Sexe, drogues et autres questions de santé chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec,* Rapport synthèse, lieu d'édition, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2010, 15 p.

D'autres données, recueillies entre 2001 et 2005 auprès de **jeunes de la rue de Montréal** âgés de 14 à 23 ans[24], permettent de faire les constats qui suivent.

Facteurs d'exposition

- Pratiquement tous les jeunes qui ont participé à l'enquête ont déjà eu au moins une relation sexuelle orale, vaginale ou anale volontaire.
- Les trois quarts n'ont pas « toujours » utilisé un condom pendant les relations sexuelles vaginales qu'ils ont eues au cours des six mois précédant la collecte des données.
- Un peu plus du tiers (37 %) des filles et 18 % des garçons ont reçu de l'argent en échange de relations sexuelles une fois ou plus dans leur vie.
- Près de la moitié des jeunes de la rue, soit 46 %, se sont déjà injecté des drogues (âge moyen à la première injection : 16,8 ans).
- La moitié (47 %) des filles ayant déjà eu des relations sexuelles ont été enceintes une fois ou plus au cours de leur vie.

Antécédents d'ITSS

- La prévalence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* était de 14 % chez les filles et de 7,4 % chez les garçons (9 % chez les 14-20 ans et 4,1 % chez les 21-25 ans). La prévalence de l'infection gonococcique était nulle[25].
- Chez les jeunes de la rue, les infections par le VIH et par le VHC sont directement associées à l'injection de drogue : environ 1 jeune de la rue sur 100 (0,9 %) est infecté par le VIH (2,0 % de ceux qui se sont déjà injecté des drogues et 0 % de ceux qui ne l'ont jamais fait) alors que 1 jeune de la rue sur 7 (14 %) a développé des anticorps contre l'infection par le VHC (30,4 % de ceux qui se sont déjà injecté des drogues et 0 % de ceux qui ne l'ont jamais fait).

Commentaires

Par comparaison avec les jeunes du même âge fréquentant les écoles secondaires québécoises[26], les jeunes admis dans un centre jeunesse sont actifs sexuellement à un âge plus précoce, cumulent un plus grand nombre de partenaires sexuels dans leur vie et utilisent moins fréquemment le condom.

Jusqu'à six fois plus de jeunes admis dans un centre jeunesse présentent un problème évident de consommation abusive d'alcool ou de drogue nécessitant une intervention spécialisée (selon la grille de dépistage DEP-ADO) que les jeunes Québécois en 5e secondaire (60 % contre 10 %)[27].

24. É. ROY *et al., L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue,* Rapport d'étape nº 4, Montréal, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005, 23 p.
25. N. HALEY *et al.,* « Risk behaviours and prevalence of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* genital infections among Montreal street youth », *International Journal of STD and AIDS,* vol. 13, nº 4, 1er avril 2002, p. 238-245.
26. AYOTTE, V., S. LAVOIE et H. RIBERDY, *Objectifs jeunes : comprendre, soutenir – Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise,* Montréal, Direction de prévention et de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005, 108 p.
27. G. DUBÉ *et al., Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008,* Québec, Institut de la statistique du Québec, 2009, 222 p.

Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

Un peu plus de 9 cas de syphilis infectieuse sur 10 (94 %) déclarés dans la région de Montréal durant la période 2000-2010 étaient des HARSAH[28]. Pratiquement tous les cas masculins de lymphogranulomatose vénérienne déclarés dans la région de Montréal durant la période 2003-2010 étaient des HARSAH[29]. En 2005, 60 % des cas masculins d'infection gonococcique étaient des HARSAH[30]. Ces derniers constituent 49 % de l'ensemble des nouveaux et des anciens cas d'infection par le VIH depuis l'implantation du programme québécois de surveillance de cette infection (53 % si l'on compte les HARSAH également UDI) et 62 % des nouveaux diagnostics de 2010[31].

Environ 45 % des HARSAH montréalais pour qui a été posé un diagnostic de syphilis en phase infectieuse et 56 % de ceux chez qui on a diagnostiqué une lymphogranulomatose vénérienne étaient également infectés par le VIH[32].

Les résultats suivants viennent de données recueillies en 2008-2009 auprès d'HARSAH québécois dans le cadre de l'étude ARGUS[33].

Facteurs d'exposition

Parmi les HARSAH sexuellement actifs au cours des six derniers mois :

- près de la moitié (47 %) ont eu des relations sexuelles orales ou anales avec six partenaires ou plus au cours de cette période ;
- le quart (23 %) ont eu des relations anales avec six partenaires sexuels ou plus ;
- respectivement 17 %, 9 % et 13 % ont consommé de l'alcool, de la marijuana ou diverses drogues à l'occasion de 50 % ou plus de leurs relations sexuelles des six derniers mois ;
- le tiers (32 %) des HARSAH non infectés par le VIH (séronégatifs ou de statut sérologique inconnu) ont eu au moins une fois une relation anale insertive ou réceptive non protégée par un condom avec un partenaire d'un soir ou un partenaire autre qu'un partenaire connu de statut VIH séronégatif, tandis que la moitié (49 %) des HARSAH se sachant infectés par le VIH ont eu au moins une fois une relation anale insertive ou réceptive non protégée par un condom avec un partenaire d'un soir ou un partenaire autre qu'un partenaire connu de statut VIH séropositif ;
- environ 3 HARSAH sur 100 (3,4 %) avaient consommé des drogues par injection au cours des six derniers mois. Parmi eux, 1 sur 5 (19 %) s'était injecté de la drogue durant cette période une fois ou plus à l'aide d'une seringue ou d'une aiguille déjà utilisée par une autre personne.

28. G. LAMBERT et V. GAGNON, *Vigie intensifiée de la syphilis infectieuse à Montréal : cas déclarés entre septembre 2000 et août 2011,* analyses périodiques des données de déclaration et d'enquête, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, communication personnelle, 2011.
29. G. LAMBERT et C. TREMBLAY, *Vigie intensifiée de la lymphogranulomatose vénérienne à Montréal : cas déclarés entre janvier 2003 et août 2010,* analyses périodiques des données de déclaration et d'enquête, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, communication personnelle, 2011.
30. P.R. ALLARD et R. PARENT, *op. cit.*
31. R. BITERA *et al., op. cit.*
32. G. LAMBERT et V. GAGNON, *op. cit.* et G. LAMBERT et C. TREMBLAY, *op. cit.*
33. G. LAMBERT *et al.,* ARGUS 2008-2009 : Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes, Rapport préliminaire, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé publique du Canada, 2010, 40 p.

Infection par le VIH

- Un peu plus d'1 HARSAH québécois sur 7 (13,5 %; prévalence de 18 % chez les HARSAH âgés de 40 à 49 ans) serait infecté par le VIH, soit une prévalence 70 fois plus élevée que celle qui est estimée pour la population en général. La prévalence était de 15 % à Montréal, de 9,8 % dans la région métropolitaine de Montréal (sans l'île de Montréal) et de 9,2 % dans les autres régions du Québec. La prévalence du VIH était de 24 % pour les répondants HARSAH qui avaient déjà utilisé des drogues par injection dans leur vie et de 12,6 % pour ceux qui n'en avaient jamais utilisées.
- Environ 15 % des HARSAH québécois infectés par le VIH ignoreraient leur infection. Selon l'étude, 1 répondant sur 10 n'avait jamais passé de test permettant de détecter l'infection par le VIH au cours de sa vie et, parmi ceux qui ne savaient pas qu'ils étaient infectés, 4 répondants sur 10 n'avaient pas subi de test au cours des douze derniers mois.
- Parmi les HARSAH qui se savaient infectés, 68 % prenaient des médicaments contre le VIH au moment de l'enquête.

Infection par le VHC

- Environ 1 HARSAH québécois sur 25 (3,8 %) est porteur d'anticorps contre le VHC (la prévalence est de 30 % chez ceux qui se sont déjà injecté des drogues et de 1,8 % chez ceux qui ne se sont jamais injecté des drogues).
- Environ 18 % des HARSAH québécois infectés par le VHC ignoreraient leur infection. La moitié des HARSAH ne se sachant pas déjà infectés par le VHC rapportent avoir passé un test de détection du VIH au moins une fois au cours des douze mois précédant la collecte des données (54 % avaient déjà eu au moins un test dans leur vie).

Autres ITSS

- À partir du prélèvement sanguin fait dans le cadre de l'enquête, une syphilis ancienne ou courante a été détectée chez près de 1 HARSAH sur 10 (9,3 %).
- Par ailleurs, le quart (26 %) des HARSAH ont reçu un diagnostic d'infection gonococcique de la part d'un médecin ou d'une infirmière une fois ou plus dans leur vie (5,4 % ont reçu un diagnostic au cours des douze derniers mois) et 1 sur 7 (15 %) a reçu un diagnostic de chlamydiose une fois ou plus dans sa vie (3,6 % en ont reçu un ou plus au cours des douze derniers mois). Respectivement 18 % et 12 % d'entre eux ont reçu un diagnostic de verrues génitales (ou anales) et d'herpès génital (ou anal) dans leur vie.

Commentaires

Un HARSAH non infecté par le VIH sur trois et un HARSAH se sachant infecté sur deux a eu une fois ou plus, au cours des six derniers mois, une relation anale non protégée par un condom avec un partenaire d'un soir ou un partenaire dont le statut concernant le VIH était différent du sien (ou de statut inconnu). Ces proportions élevées, rapportées à l'occasion du cycle 2008-2009 de l'enquête ARGUS, sont similaires à celles qui ont été établies pour le cycle 2005. La persistance de comportements sexuels à risque indique qu'il est urgent d'intensifier les stratégies de prévention du VIH.

Par ailleurs, il est encourageant d'observer que la proportion d'HARSAH ayant passé un test de détection du VIH au cours des douze derniers a nettement augmenté en 2008-2009 par rapport à 2005 (59 % contre 46 %). Il demeure essentiel d'offrir régulièrement un test aux personnes les plus susceptibles d'être infectées et de détecter l'infection à un stade précoce.

Personnes consommant des drogues par injection

Les UDI représentent 15 % des cas d'infection par le VIH déclarés au Québec depuis 2002 (19 % si l'on compte les UDI également HARSAH) et 13 nouveaux diagnostics ont été déclarés concernant des UDI en 2010 (22 si l'on compte les UDI également HARSAH)[34].

Les résultats suivants se rapportent à des données recueillies sur une base continue auprès d'UDI dans diverses régions du Québec[35].

Facteurs d'exposition

- Près du tiers des UDI (31,5 %) se sont injectés tous les jours dans le dernier mois ; un autre tiers (31,7 %) l'a fait au moins une fois par semaine.
- Après avoir diminué de façon importante jusqu'en 2006, la proportion des personnes qui rapportent avoir utilisé des seringues déjà utilisées par d'autres s'est stabilisée (elle est de 24 % pour la période 2003-2010).

Infection par le VIH

- Environ 2,7 % des UDI non infectés contractent le VIH chaque année (il s'agit de l'incidence moyenne pour la période allant de 1995 au 30 juin 2010). Le taux d'incidence du VIH, considéré comme plutôt stable depuis 2002, ne diminue plus.
- Un peu plus de 1 UDI sur 6 (15,1 %; il s'agit de la prévalence moyenne pour la période allant de 2003 au 30 juin 2010) serait infecté par le VIH (21,5 % des UDI âgés de 40 ans et plus).
- Le quart (26 %) des UDI infectés par le VIH ignoreraient leur infection. Selon l'étude, 1 répondant sur 10 n'avait jamais passé de test permettant de détecter l'infection par le VIH au cours de sa vie et, parmi ceux qui ne savaient pas qu'ils étaient infectés, 4 répondants sur 10 (38 %) n'avaient pas subi de test au cours des douze derniers mois.
- Ce sont 85 % des personnes se sachant infectées par le VIH qui ont vu un médecin au cours des six mois précédant la collecte des données ; 65 % d'entre elles prenaient des médicaments contre l'infection par le VIH au moment de l'enquête.

Infection par le VHC

- On estime que, chaque année, le quart (26 %) des UDI non déjà infectés contractent l'hépatite C (il s'agit de l'incidence moyenne pour la période allant de 1997 à 2010). Les données disponibles suggèrent que l'incidence du VHC a augmenté de manière statistiquement significative entre 2002 et 2008.
- Près des deux tiers (63 %, prévalence moyenne pour la période s'étendant de 2003 au 30 juin 2010) de l'ensemble des UDI québécois et les trois quarts (75 %) des UDI âgés de 40 ans et plus sont infectés par le VHC (infection encore présente ou résolue).

34. R. BITERA *et al., op. cit.*
35. R. PARENT *et al., Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection, réseau I-Track-SurvUDI : épidémiologie du VIH de 1995 à 2010, épidémiologie du VHC de 2003 à 2010,* Document de travail, lieu, Institut national de santé publique du Québec, 2011, 74 p.

- Le quart (26 %) des UDI infectés par le VHC ignoreraient leur infection. Environ 1 répondant sur 10 n'avait jamais passé de test d'anticorps contre le virus de l'hépatite C au cours de sa vie et, parmi ceux qui ne savaient pas qu'ils étaient porteurs de ces anticorps, 5 sur 10 (49 %) n'avaient pas passé de test au cours des douze derniers mois ; un peu moins de la moitié (44 %) des personnes se sachant infectées par le VHC ont vu un médecin au cours des six mois précédant la collecte des données.

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[36].

Commentaires

La proportion d'UDI qui contractent chaque année l'hépatite C et la proportion d'UDI porteurs d'anticorps contre l'hépatite C sont extrêmement élevées.

Par ailleurs, une grande partie des personnes infectées ignorent leur infection au VIH ou au VHC.

Il existe des traitements efficaces pour éradiquer le VHC ou pour contrôler le VIH. Toutefois, ces traitements doivent être administrés sur de longues périodes, et ils nécessitent un suivi médical et psychosocial soutenu.

36. M. ALARY *et al., Étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention,* [En ligne], Institut national de santé publique du Québec, Unité de recherche en santé des populations du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec et Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, 2005, 69 p. <www.msss.gouv.qc.ca/itss >

Québécois originaires de régions où le VIH est fortement endémique

Les Québécois originaires d'un pays où le VIH est fortement endémique (essentiellement, Haïti et les pays de l'Afrique subsaharienne) représentent 16 % des cas d'infection par le VIH déclarés au Québec depuis 2002. Une cinquantaine des nouveaux diagnostics déclarés en 2010 concernaient cette population[37].

Les deux tiers (64 %) des femmes enceintes infectées par le VIH sont originaires d'un pays à forte endémicité ; la majorité d'entre elles sont de nouvelles arrivantes ayant le statut de réfugié (femmes enceintes infectées par le VIH suivies par le Centre maternel et infantile sur le sida entre juillet 1997 et décembre 2009)[38].

Les résultats suivants consistent en des données recueillies en 2007-2008 auprès de 789 Québécois d'origine haïtienne âgés de 15 à 49 ans, recrutés dans six cliniques médicales et cinq organismes communautaires localisés à Montréal[39].

Facteurs d'exposition

- Parmi les répondants recrutés dans les cliniques médicales et ayant déjà eu des relations sexuelles dans leur vie, le tiers (33 %) des femmes et la moitié (54 %) des hommes ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze mois précédant l'enquête. Pour les répondants recrutés dans les organismes communautaires, les proportions atteignaient respectivement 62 % et 88 %.
- Parmi les répondants recrutés dans les cliniques médicales et ayant eu au moins un partenaire « occasionnel » au cours des douze mois précédant l'enquête, 43 % disent avoir toujours utilisé un condom. Pour les participants recrutés dans les organismes communautaires, la proportion atteint 48 %.
- Parmi les répondants recrutés dans les cliniques médicales et ayant déjà eu un rapport sexuel avec pénétration, les deux tiers (66 %) ont eu recours au test de dépistage du VIH au moins une fois dans leur vie. Pour les participants recrutés dans les organismes communautaires, la proportion chute au tiers (32 %).

ITSS

- Un test de détection du VIH s'est révélé positif pour 2 des 789 personnes participantes (taux de 0,3 %) ; ces deux personnes sont nées en Haïti. Aucun prélèvement ne s'est révélé positif pour les anticorps contre l'hépatite C. Une syphilis ancienne ou courante a été détectée chez 1,8 % des participants recrutés dans les cliniques médicales.

Commentaires

À l'occasion d'une étude menée en 1994, environ le tiers des hommes québécois d'origine haïtienne rapportaient avoir une partenaire féminine habituelle ; parmi ceux-ci, environ 50 % ont indiqué qu'ils n'utilisaient pas toujours un condom avec une partenaire occasionnelle ou d'un soir. Ce constat de faible recours au condom pendant des relations sexuelles avec une partenaire occasionnelle ou d'un soir est semblable à celui auquel est récemment parvenue l'étude de 2007-2008[40].

37. R. BITERA *et al., op. cit.*
38. N. LAPOINTE, J. SAMSON et M. BOUCHER, *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse 2009,* Version amendée, Montréal, Centre maternel et infantile sur le sida, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 2010, 7 p.
39. G. JOSEPH *et al., Les infections transmises sexuellement et par le sang chez les Québécois d'origine haïtienne : surveillance biologique et comportementale,* 2e édition, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010, [8] + IX + 67 p.
40. A. ADRIEN *et al., Les Montréalais d'origine haïtienne et l'infection au VIH : Prévalence de l'infection au VIH, situations et comportements à risque,* Montréal, Direction de la santé publique, Régie de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998, 85 p.

Autochtones

Les régions du Nunavik (Inuit) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (Eeyou Istchee) regroupent de fortes populations d'autochtones, alors que la majorité des Premières Nations non conventionnées sont dispersées sur l'ensemble du territoire québécois. Il existe une grande mobilité des personnes entre les territoires du Nord et les autres régions du Québec.

Dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (Eeyou Istchee), ce sont les infections génitales à chlamydia et les infections gonococciques qui prédominent. En 2010, le Nunavik affiche des taux de chlamydiose génitale et d'infection gonococcique qui sont respectivement 8,9 et 64 fois supérieurs aux taux moyens du Québec. Pour les Terres-Cries-de-la-Baie-James, les taux de ces infections sont respectivement 7,4 et 5,9 fois supérieurs aux taux moyens du Québec. Les régions canadiennes à forte densité de population autochtone, telles que le Nunavut et les Territoires du-Nord-Ouest, enregistrent également des taux très élevés au regard de ces infections.

La syphilis infectieuse, l'hépatite C et l'hépatite B aiguë sont des infections rarement rapportées. Depuis 2002, les Autochtones représentent moins de 1 % des cas d'infection par le VIH déclarés au Québec[41].

Quelques données sont disponibles sur les facteurs d'exposition[42]. Les résultats d'une étude d'envergure menée en 2010 seront bientôt diffusés.

41. R. BITERA *et al., op. cit.*

42. N. AUGER et G. LÉGARÉ, *Enquête de santé auprès des Cris 2003 : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 2.1, Iiyiyiu Aschii : Pratiques préventives et changements pour améliorer sa santé,* [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2008, 21 p. [En ligne], <www.inspq.qc.ca>.

BIBLIOGRAPHIE

ADRIEN, A., *et al*. « Behavioural risks for HIV infection among Quebec residents of Haitian origin », Journal of Immigrant and Minority Health, vol. 12, nº 6, décembre 2010, p. 894-899.

ADRIEN, A., V. LEAUNE et D. AUGER. « Comportements sexuels et utilisation du condom », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, chapitre 9, 2e édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, coll. « La santé et le bien-être », 2001, p. 201-218.

ADRIEN, A., *et al*. *Les Montréalais d'origine haïtienne et l'infection au VIH : Prévalence de l'infection au VIH, situations et comportements associés,* Montréal, Direction de la santé publique, Régie de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998, 85 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées, par catégorie d'exposition, province de Québec, 2005 et 2008*, communication personnelle faite par le Dr Chris Archibald, 2009.

ALARY, M., *et al*. *Étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec, Unité de recherche en santé des populations du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec et Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, 2005, 69 p. <www.msss.gouv.qc.ca/itss>.

ALLARD, P.R., et R. PARENT. *Rapport final – Intervention de vigie sanitaire : Surveillance intensifiée de l'infection gonococcique au Québec – 1er juin 2005 au 31 mai 2006*, Institut national de santé publique du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, V + 15 p.

AUGER, N., et G. LÉGARÉ. *Enquête de santé auprès des Cris 2003 : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 2.1, Iiyiyiu Aschii : Pratiques préventives et changements pour améliorer sa santé*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2008, 21 p. [En ligne], <www.inspq.qc.ca>.

AYOTTE, V., S. LAVOIE et H. RIBERDY. *Objectifs jeunes : comprendre, soutenir – Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise*, Montréal, Direction de prévention et de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005, 108 p.

BITERA, R., et autres. *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : cas cumulatifs 2002-2010*, Québec, 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, 2011, 114 p., [En ligne], <www.inspq.qc.ca>.

BLAIS, M., *et al*. « La sexualité des jeunes Québécois et Canadiens : regard critique sur le concept d'"hypersexualisation"», *Globe, revue internationale d'études québécoises*, vol. 12, nº 2, 2009, p. 23-48.

CAZALE, L., et P. LECLERC. « Comportements sexuels et usage de la contraception », dans H. Camirand et autres, *L'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, chap. 9, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010, p. 173-187.

DUBÉ, G, *et al*. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2009, 222 p.

FRAPPIER, J.Y., *et al*. « Sex and sexual health : A survey of Canadian youth and mothers », *Pædiatrics and Child Health*, vol. 13, nº 1, janvier 2008, p. 25-30.

GÖTZ, H.M., *et al.* « High yield in reinfections during a Chlamydia screening programme when automatically sending testkits after 6 month to previously infected », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 87, nº suppl. 1, juillet 2011, p. A21-A22 (Résumé d'une session orale du Colloque international sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang tenu à Québec en juillet 2010).

HALEY, N., *et al*. « Risk behaviours and prevalence of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* genital infections among Montreal street youth », *International Journal of STD and AIDS*, vol. 13, nº 4, 1er avril 2002, p. 238-245.

HOSENFELD, C.B., *et al*. « Repeat infection with Chlamydia and gonorrhea among females : a systematic review of the literature », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 36, nº 8, août 2009, p. 478-489.

JOSEPH, G., *et al*. *Les infections transmises sexuellement et par le sang chez les Québécois d'origine haïtienne : surveillance biologique et comportementale*, 2e édition, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010, [8] + IX + 67 p.

LAMBERT, G., *et al*. *Sexe, drogues et autres questions de santé chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec*, Rapport synthèse, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2010, 15 p.

LAMBERT, G., *et al*. *ARGUS 2008- 2009 : Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes*, Rapport préliminaire, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé publique du Canada, 2010, 40 p.

LAMBERT, G., *et al*. *Je passe le test : enquête sur la santé sexuelle et offre de dépistage de la chlamydiose sur prélèvement urinaire auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal*, Rapport préliminaire, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009, 30 p.

LAMBERT, G., et C. TREMBLAY. *Vigie intensifiée de la lymphogranulomatose vénérienne à Montréal : cas déclarés entre janvier 2003 et août 2010*, analyses périodiques des données de déclaration et d'enquête, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, communication personnelle, 2011.

LAMBERT, G., et V. GAGNON. *Vigie intensifiée de la syphilis infectieuse à Montréal : cas déclarés entre septembre 2000 et août 2011,* analyses périodiques des données de déclaration et d'enquête, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, communication personnelle, 2011.

LAPOINTE, N., J. SAMSON et M. BOUCHER. *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse 2009,* Version amendée, Montréal, Centre maternel et infantile sur le sida, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 2010, 7 p.

LEFEBVRE, B., BOURGAULT, A.M., *Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec,* Rapport 2010, Laboratoire de santé publique du Québec, Juin 2011, 33p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les infections transmissibles sexuellement et par le sang : L'épidémie silencieuse – Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, rédigé par Hervé Anctil, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 73 p.

PARENT, R., *et al*. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection, réseau I-Track-SurvUDI : épidémiologie du VIH de 1995 à 2010, épidémiologie du VHC de 2003 à 2010*, Document de travail, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2011, 74 p.

ROTERMANN, M. « Tendances du comportement sexuel et de l'utilisation du condom à l'adolescence », *Rapports sur la santé*, vol. 19, nº 3, septembre 2008, 5 p.

SATTERWHITE, C., H. WEINSTOCK et D. DATTA. « Chlamydia trends in the USA : results from multiple data sources », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 87, nº suppl. 1, juillet 2011, p. A21 (Résumé d'une session orale du Colloque international sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang tenu à Québec en juillet 2010).

ROY, É., *et al*. *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue,* Rapport d'étape nº 4, Montréal, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005, 23 p.

SOM, RECHERCHES ET SONDAGES. *Sondage sur les habitudes sexuelles des 16-24 ans et le port du condom,* Rapport final présenté à la Direction des communications [du] ministère de la Santé et des Services sociaux, [Québec], SOM, Recherches et sondages, 2009, 60 + 17 p.

TUITE, A., et D. FISMAN. « Estimation of the burden of disease and costs of genital *Chlamydia trachomatis* infection in Canada », *Sexually Transmitted Infections,* vol. 87, nº suppl. 1, juillet 2011, p. A22 (Résumé d'une session orale du Colloque international sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang tenu à Québec en juillet 2010).

VENNE, S. *Rapport d'analyse : Enquêtes épidémiologiques réalisées suite à une déclaration d'infection gonococcique, 1er mars 2001-31 décembre 2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002,49 p.

ANNEXE 1

NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE DE CERTAINES ITSS SELON L'ÂGE ET LE SEXE, QUÉBEC, 2010

Nombre de cas déclarés et taux d'incidence[1] de certaines ITSS, selon le groupe d'âges, hommes, Québec, 2010

Âge	Infection génitale à *C. trachomatis*		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	2,2	1	2,2	0	0,0	0	0,0	1	2,2	1	2,2	0	0,0
1-9	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,8	1	0,3	0	0,0
10-14	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0
15-19	812	317,7	131	51,3	0	0,0	17	6,7	6	2,3	4	1,6	0	0,0
20-24	1 933	770,6	327	130,4	1	0,4	56	22,3	16	6,4	22	8,8	18	7,2
25-29	1 198	444,6	291	108,0	3	1,1	74	27,5	40	14,8	63	23,4	30	11,1
30-34	594	214,3	198	71,4	0	0,0	54	19,5	87	31,4	85	30,7	39	14,1
35-39	336	129,2	113	43,4	1	0,4	55	21,1	82	31,5	87	33,4	30	11,5
40-44	199	72,1	103	37,3	1	0,4	68	24,6	76	27,5	138	50,0	41	14,8
45-49	147	44,8	97	29,5	6	1,8	80	24,4	53	16,1	180	54,8	37	11,3
50-54	81	25,8	55	17,5	0	0,0	50	15,9	43	13,7	174	55,3	29	9,2
55-64	57	11,1	47	9,1	0	0,0	51	9,9	75	14,6	151	29,4	30	5,8
65 et +	17	3,2	8	1,5	0	0,0	6	1,1	45	8,5	52	9,8	5	0,9
Inconnu	18		1		0	0,0	0		3		2		0	
Total	**5 396**	**138,1**	**1 372**	**35,1**	**12**	**0,5**	**511**	**13,1**	**531**	**13,6**	**960**	**24,6**	**259**	**6,6**

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 2011.
6. Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

Nombre de cas déclarés et taux d'incidence[1] de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, femmes, Québec, 2010

Âge	Infection génitale à *C. trachomatis*		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	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	nd[7]	nd
1-9	1	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	8	2,3	1	0,3	nd[7]	nd
10-14	102	49,8	10	4,9	0	0,0	0	0,0	3	1,5	0	0,0	nd[7]	nd
15-19	4 266	1 747,7	205	84,0	0	0,0	2	0,8	9	3,7	5	2,0	2	0,8
20-24	4 365	1 813,3	222	92,2	0	0,0	6	2,5	28	11,6	31	12,9	3	1,2
25-29	1 668	645,0	111	42,9	0	0,0	2	0,8	58	22,4	27	10,4	5	1,9
30-34	805	302,5	72	27,1	0	0,0	7	2,6	82	30,8	48	18,0	7	2,6
35-39	334	136,2	31	12,6	0	0,0	2	0,8	64	26,1	45	18,3	12	4,9
40-44	170	64,5	14	5,3	0	0,0	1	0,4	18	6,8	46	17,4	5	1,9
45-49	94	29,4	11	3,4	0	0,0	3	0,9	21	6,6	56	17,5	6	1,9
50-54	40	12,6	5	1,6	0	0,0	2	0,6	15	4,7	53	16,7	5	1,6
55-64	31	5,8	5	0,9	0	0,0	1	0,2	29	5,4	66	12,3	10	1,9
65 et +	4	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	2,1	44	6,5	1	0,1
Inconnu	14		3		0		0		0		4		0	
Total	**11 895**	**299,3**	**690**	**17,4**	**0**	**0,0**	**26**	**0,6**	**349**	**8,8**	**427**	**10,7**	**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 2011.
6. Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.
7. Le rapport du Programme de surveillance du VIH fait état 3 cas féminins de moins de 15 ans (âge non précisé) en 2010.

Nombre de cas déclarés et taux d'incidence[1] de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, sexes réunis, Québec, 2010

Âge	Infection génitale à *C. trachomatis*		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse[2]		Hépatite B[3]		Hépatite C[4]		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N[5]	Tx[6]
< 1 an	2	2,3	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	1,1	2	2,3	nd[7]	nd
1-9	2	0,3	1	0,1	0	0,0	0	0,0	11	1,5	2	0,3	nd[7]	nd
10-14	104	24,8	10	2,4	0	0,0	0	0,0	4	1,0	0	0,0	nd[7]	nd
15-19	5 080	1 016,6	336	67,2	0	0,0	19	3,8	16	3,2	9	1,8	2	0,4
20-24	6 306	1 282,9	549	111,7	1	0,4	63	12,8	44	9,0	54	11,0	21	4,3
25-29	2 871	543,7	402	76,1	3	1,1	76	14,4	98	18,6	91	17,2	35	6,6
30-34	1 402	258,1	270	49,7	0	0,0	62	11,4	169	31,1	135	24,8	46	8,5
35-39	670	132,6	144	28,5	1	0,4	57	11,3	147	29,1	132	26,1	42	8,3
40-44	370	68,5	118	21,9	1	0,4	69	12,8	95	17,6	188	34,8	46	8,5
45-49	241	37,2	108	16,7	6	1,8	83	12,8	74	11,4	238	36,7	43	6,6
50-54	121	19,2	60	9,5	0	0,0	52	8,2	58	9,2	229	36,3	34	5,4
55-64	88	8,4	52	5,0	0	0,0	52	5,0	104	9,9	218	20,8	38	3,6
65 et +	21	1,7	9	0,7	0	0,0	6	0,5	59	4,9	96	7,9	6	0,5
Inconnu	43		6		0	0,0	0		5		73		0	
Total	**17 321**	**219,8**	**2 066**	**26,2**	**12**	**0,5**	**539**	**6,8**	**885**	**11,2**	**1 467**	**18,6**	**318**	**4,0**

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 2011.
6. Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.
7. Le rapport du Programme de surveillance du VIH fait état 3 cas féminins de moins de 15 ans (âge non précisé) en 2010.

ANNEXE 2

RÉSULTATS D'ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES PORTANT SUR DES INDICATEURS DE COMPORTEMENTS ASSOCIÉS AUX ITSS PARMI 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, pour en savoir plus sur la santé des québécois 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				
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
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 *sexe opposé* 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 *plus d'un* 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**
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(le) au cours des 12 derniers mois	Garçons	35	40	40
	Filles	25	30	27
	15 à 17 ans	43	46	43
	18 et 19 ans	31	35	36
	Total	**29**	**35**	**33**
Parmi les personnes âgées de 15 à 19 ans actives sexuellement qui étaient célibataires et(ou) avaient eu des relations sexuelles avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois				
Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle	Garçons		79	80
	Filles		65*	70
	15 à 17 ans		79	81
	18 et 19 ans		68	70
	Québec		66	66
	Total		**72**	**75**

* Valeur significativement différente de l'estimation correspondante pour 2005 ($p < 0,05$)
** Estimation imprécise, à interpréter avec circonspection

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	**2009** 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 19-21 ans 22-24 ans **Total**	56 83 95 **77**
Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles		
Nombre moyen de partenaires sexuels à vie	16-18 ans 19-21 ans 22-24 ans **Total**	(3,0) (5,1) (6,7) **(5,2)**
Relations sexuelles avec une personne du même sexe au cours de la vie		4
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 19-21 ans 22- 24 ans Garçons Filles **Total**	15 23 23 26 14 **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 19-21 ans 22- 24 ans Garçons Filles **Total**	9 17 14 20 7 **13**
Utilisation du condom « toujours » lors des relations vaginales avec des partenaires « d'un soir » au cours des 12 derniers mois		75

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	**2005** N = 1 139	
	Groupe	**%**
Relations sexuelles une fois ou plus au cours de la vie	15 ans 17 ans **Total**	20 45 **27**
Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles		
Nombre moyen de partenaires sexuels à vie	Garçons Filles	(3,6) (2,4)
Relations sexuelles avec une personne du même sexe une fois ou plus à vie	Garçons Filles	5 11
Activités sexuelles « occasionnelles / en passant » avec un/une partenaire juste pour le plaisir sans qu'il y ait nécessairement d'attachement émotionnel, une fois ou plus à vie	Garçons Filles	44 32
Relation sexuelle avec pénétration anale une fois ou plus à vie	Garçons Filles	8 11
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
Antécédent d'un diagnostic d'ITSS une fois ou plus à vie	Filles	5

3. Enquête sur la santé sexuelle auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal Jeunes âgés 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**	(16,0 ans) (16,0 ans) **(16,0 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**
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**
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
Nombre moyen (et nombre median) 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)
Utilisation d'une contraception d'urgence (pilule du lendemain) au moins une fois au cours de la vie	Femmes	32,2
Test de détection de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* au moins une fois au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes **Total**	6,7 21,6 **15,6**
Antécédent d'une ITSS ou plus 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 Sélection des répondants âgés entre 14 et 17 ans	**2008-2009** N = 578 (G = 335 ; F = 243)	
	Groupe	**%**
Relations sexuelles orales, vaginales ou anales une fois ou plus 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	66,0 65,6
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 une fois ou plus à vie	Gars Filles	5,0 31,8
Recherche de partenaires sexuels sur Internet une fois ou plus au cours de l'année précédent l'admission en centre jeunesse	Gars Filles	11,7 8,2
Relations sexuelles « en groupe » une fois ou plus à vie	Gars Filles	43,2 38,4
Argent reçu en échange de relations sexuelles une fois ou plus 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 une fois ou plus à vie	Gars Filles	6,1 22,6
Relations sexuelles sous l'influence d'alcool ou de drogue la moitié des fois ou plus à vie	Gars Filles	47,8 42,9
Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle vaginale avec un partenaire autre qu'un(e) partenaire habituel(le)	Gars Filles	65,5 60,0
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
Utilisation d'une contraception d'urgence (pilule du lendemain) une fois ou plus à vie	Filles	48,1
Test de détections de la l'infection génitale *à Chlamydis trachomatis* une fois ou plus à vie	Gars Filles	28,9 61,1
Grossesse une fois ou plus à vie	Fille	27,9
Antécédent d'une ITSS ou plus à vie ; diagnostic reçu d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère)	Gars Fille	3,4 17,6
Parmi l'ensemble des répondants		
Consommation de cannabis trois ou plus par semaine au cours de l'année précédent l'admission en centre jeunesse	Gars Filles	68,7 55,1
Consommation de cocaïne une fois ou plus au cours de l'année précédent l'admission en centre jeunesse	Gars Fille	34,6 36,8
Injection de drogue une fois ou plus à vie	Gars Filles	1,5 6,2
Problème évident de consommation d'alcool et ou de drogue nécessitant une intervention spécialisée (niveau rouge selon la grille de dépistage DEP-ADO)	Gars Filles	63,1 58,4

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 une fois ou plus 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 une fois ou plus au cours de la vie	Garçons Filles	17 30
Antécédent d'abus sexuel à vie	Garçons Filles	26 62
Argent reçu en échange de relations sexuelles une fois ou plus au cours de la vie	Garçons Filles	18 37
Utilisation du condom « toujours » lors des relations sexuelles au cours des 6 derniers mois		25
Antécédent d'une ITSS ou plus au cours de la vie	Garçons Filles	29 28
Grossesse une fois ou plus au cours de la vie	Filles	47
Injection de drogue une fois ou plus 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 une fois ou plus au cours des six derniers mois avant l'entrée dans l'étude		67

Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes	
Étude « ARGUS 2008-2009 » Hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes recrutés dans une quarantaine de lieux de socialisation Personnes âgées de 18 ans ou plus, dont 75 % résidaient sur le territoire de l'île de Montréal	**2008-2009** N = 1 873
	%
Relations sexuelles orales ou anales avec un homme au cours des six derniers mois	92,4
Parmi les répondants sexuellement actifs au cours des six derniers mois	
Relations sexuelles avec six partenaires ou plus au cours des six derniers mois	44,4
Relations sexuelles avec un partenaire « d'un soir » une fois ou plus au cours des six derniers mois	68,9
Relations sexuelles avec six partenaires « d'un soir » ou plus au cours des six derniers mois	32,4
Relations sexuelles « en groupe » une fois ou plus au cours des six derniers mois	33,0
Relations *anales* avec six partenaires masculins ou plus au cours des six derniers mois	21,3
Relations sexuelles sous l'influence de drogues récréatives la moitié des fois ou plus au cours des six derniers mois	13,4
Rencontre d'un nouveau partenaire sexuel dans un sauna une fois ou plus au cours des six derniers mois	41,6
Rencontre d'un partenaire sexuel recruté sur Internet une fois ou plus au cours des six derniers mois	35,0
Argent donné en échange de relations sexuelles une fois ou plus au cours des six derniers mois	6,2
Argent reçu en échange de relations sexuelles une fois ou plus au cours des six derniers mois	5,2
Relations sexuelles sous l'influence de drogues récréatives la moitié des fois ou plus au cours des six derniers mois	13,4
Relation *anale* sans condom une fois ou plus 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)	31,5
Ensemble des répondants	
Discrimination (sous forme d'insultes, de harcèlement, de rejet ou de violence physique) subie une fois ou plus au cours des six derniers mois à cause de l'orientation sexuelle ou des activités sexuelles	22,7
Consommation de cocaïne par voie nasale (priser) une fois ou plus au cours des six derniers mois	22,0
Injection de drogues (autres que des stéroïdes) une fois ou plus au cours des six derniers mois	3,4
Vaccination contre l'hépatite B (plus d'une dose)	50,4
Prise d'une prophylaxie post-exposition sexuelle une fois ou plus au cours de la vie (parmi les répondants non infectés par le VIH ou ne sachant pas leur statut VIH)	5,5
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)	42,3
Test de détection de la syphilis une fois ou plus au cours des douze derniers mois	42,8
Test de détection du VIH une fois ou plus au cours des douze derniers mois (parmi les personnes ne se sachant pas déjà infectées par le VIH)	59,3
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 contre le VIH au moment de la participation à l'étude (parmi les hommes se sachant infectés par le VIH)	68,4

Personnes utilisatrices de drogues par injection		
Étude « SurvUDI » **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**	**Données 1995-2010 (30 juin)** N = 11 731 (H = 8 633 ; F = 3 196)	
	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 2003-2010 Hommes Femmes	 55,7 48,3
Argent, drogues ou autres biens et services reçus en échange de relations sexuelles au moins une fois au cours des six derniers mois	Période 2003-2010 Hommes Femmes	 5,4 31,7
Injection de cocaïne au moins une fois au cours des six derniers mois	Période 1995-2010 24 ans ou moins 25 ans ou plus	 74,4 86,5
Injection d'héroïne blanche ou beige/brune au moins une fois au cours des six derniers mois	Période 1995-2010 24 ans ou moins 25 ans ou plus	 52,9 25,7
Injection de drogues au moins une fois par jour au cours du dernier mois	Période 1995-2010 UDI milieu urbain UDI milieu semi-urbain	 33,6 19,9
Injection de drogues avec une seringue emprunté une fois ou plus au cours des six derniers mois	Période 2003-2010 UDI milieu urbain UDI milieu semi-urbain	 22,6 30,3
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 2003-2010	27,9
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 2003-2010	24,3
Prise d'une médication contre le VIH *au moment de la participation à l'étude* (parmi les personnes infectées par le VIH mais non par le VHC se sachant infectées par le VIH)	Période 2003-2010	65,3
Prise d'une médication contre le VHC *au moment de la participation à l'étude* (parmi les personnes infectées par le VHC mais non par le VIH se sachant infectées par le VHC)	Période 2003-2010	2,4

Personnes incarcérées		
Personnes incarcérées dans sept établissements de compétence provinciale situés en milieu urbain et semi-urbain	situés en milieu urbain et semi-urbain	
	Groupe	**%**
Nombre moyen d'incarcérations depuis l'âge de 18 ans	Hommes Femmes	(6) (8)
Argent reçu en échange de relations sexuelles anales ou vaginales une fois ou plus 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 une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	79 81
Injection de drogues une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	28 43
Injection de drogues avec une seringue déjà utilisée par d'autres une fois ou plus à vie (parmi les personnes ayant déjà consommé de la drogue par injection)	Hommes Femmes	53 56
Consommation de cocaïne par voie nasale *pendant une incarcération*, une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	24 13
Injection de drogues *pendant une incarcération*, une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	4 1
Tatouage une fois ou plus à vie	Hommes Femmes	48 60
Vaccination contre l'hépatite B (au moins une dose à vie)	Hommes Femmes	56 61
Test de détection du virus de l'hépatite C une fois ou plus à vie	Hommes Femmes	52 69
Test de détection du VIH une fois ou plus à vie	Hommes Femmes	63 76
Ignorance de son infection (parmi les personnes infectées par le VIH selon le résultat du test fait au moment de l'étude)		20

Personnes d'origine haïtienne		
Québécois d'origine haïtienne qui, à Montréal, consultent un médecin généraliste ou participent à des activités d'un organisme communautaire. Personnes âgées entre 15 et 49 ans	**2007** N = 773 (H = 352 ; F = 427)	
	Groupe	**%**
Répondants recrutés dans les cliniques médicales	N = 623 (H = 232 ; F = 391)	
Relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois (parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles à vie)	Hommes Femmes	54 33
Relations sexuelles avec au moins un(e) partenaire occasionnel(le) au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes	40 19
Utilisation d'un condom « toujours ou la plupart des fois (90-100 %) » au cours des relations sexuelles avec un(e) partenaire occasionnel(le) au cours des 12 derniers mois (parmi les personnes ayant eu des relations sexuelles avec un(e) partenaire occasionnel(le) au cours des 12 derniers mois)	Hommes Femmes	49 34
Test de détection du VIH à vie (parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration à vie)	Hommes Femmes	61 70
Jeunes recrutés dans les organismes communautaires	N = 150 (H = 120 ; F = 36)	
Relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois (parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles à vie)	Hommes Femmes	88 62
Relations sexuelles avec au moins un(e) partenaire occasionnel(le) au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes	76 44
Utilisation d'un condom « toujours ou la plupart des fois (90-100 %) » au cours des relations sexuelles avec un(e) partenaire occasionnel(le) au cours des 12 derniers mois (parmi les personnes ayant eu des relations sexuelles avec un(e) partenaire occasionnel(le) au cours des 12 derniers mois)	Hommes Femmes	53 50
Test de détection du VIH à vie (parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration à vie)	Hommes Femmes	23 65

Peuples autochtones		
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003. Enquête auprès des résidants des neuf communautés cries d'Iiyiyiu Aschii au Québec L'échantillon final comprend des résidants autochtones et non autochtones.	**2003** N = 920	
Parmi les personnes âgées de 15 à 49 ans	**Groupe**	**%**
Relations sexuelles une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes 15-19 ans 20-29 ans 30-49 ans **Total**	87,8 91,0 64,7 91,1 95,3 **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 Femmes 15-19 ans 20-29 ans 30-39 ans 40-49 ans **Total**	17,9 17,6 34,1* 23,2 14,1 ND **18,0**
Plus de 1 partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge	Hommes Femmes 15-19 ans 20-29 ans 3 0-49 ans **Total**	22,0 10,2* 37,3* 23,4* 8,5* **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

ANNEXE 3

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

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 - 2009 Étude transversale. Hommes *québécois* 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 30-39 ans 40-49 ans 50-59 ans 60 ans ou plus **Total**	4,5 15,1 18,3 16,8 11,2 **13,5** (12,0-15,1)		2,0 4,4 5,1 1,6 1,6 **3,4** (2,5-4,2)	
ARGUS 2005 Étude transversale. Hommes *montréalais* ayant des relations sexuelles avec des hommes recrutés dans une quarantaine de lieux de socialisation (n = 1 957).	Février 2005 – août 2005			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 Données de 2002-2003		0,62 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).	VIH Prévalence 2003-30 juin 2010 Incidence 1995-30 juin 2010	**Hommes** ≤ 20 ans 20-24 ans 25-29 ans 30-34 ans 35-39 ans ≥ 40 ans Tous				
	VHC Prévalence 2003-30 juin 2010 Incidence 1997-30 juin 2010	**Femmes** ≤ 20 ans 20-24 ans 25-29 ans 30-34 ans 35-39 ans ≥40 ans Toutes	0,4 3,8 14,1 11,6 17,1 16,9 12,0		20,6 49,1 54,5 65,8 76,7 75,0 61,5	
		Total	**15,1**	**2,7**	**62,9**	**25,7**
	Par région de recrutement	Abitibi -Tém. Estrie Mauricie Montérégie Montréal Ottawa Outaouais Ville de Québec Saguenay Tous semi-urbains	3,9 11,4 7,3 13,1 20,4 10,1 10,9 14,4 5,4	3,3 2,2 1,5	49,7 53,8 62,0 59,0 68,5 58,0 52,9 67,7 18,9	26,1 29,7 16,4

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) Novembre 2004 – octobre 2007	Tous les participants n = 178) Nouveaux participants (n = 100)		2,6 (2,3-3,0)		18,9 (13,8-25,5) 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 Filles	1,0 0,8		14,0 14,0	4,1 5,3
		> 19 ans < 19 ans	1,3 0		18,8 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 Femmes **Total**	 7,2 20,6 **10,2** (7,6-13,2)		 53,3 63,6 **55,6** (51,0-60,1)	
		UDI et non-UDI Hommes Femmes **Total**	 2,4 8,8 **3,4** (2,5-4,4)		 16,6 29,2 **18,5** (16,7-20,5)	
Personnes originaires de pays fortement endémiques en regard du VIH						
Population haïtienne. Étude transversale. Québécois d'origine haïtienne qui, à Montréal, consultent un médecin généraliste ou participent à des activités d'un organisme communautaire (n= 773 ; 352 hommes et 427 femmes).	Mai 2007 à septembre 2008	**Total**	0,3 (deux personnes, toutes deux nées en Haïti)			
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 Femme	1,1 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 peu plus d'un participant sur sept (13,5 %) était infecté par le VIH (près de un répondant sur cinq chez les hommes âgés entre 40 et 49 ans) parmi les participants à l'étude ARGUS 2008-2009. Le taux d'incidence était de 1,3 par 100 p.-a. parmi les participants à l'étude **ARGUS 2005.**

Le taux d'incidence était 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 % avaient des anticorps contre le VHC (reflétant une infection active ou résolue) ; 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 (**ARGUS 2008-2009**).

Prévalence de marqueurs de la syphilis selon l'âge, ARGUS 2008-2009

Groupe d'âges	Prévalence (%)
18-29 ans	3,1
30-39 ans	7,0
40-49 ans	10,5
50-59 ans	10,8
60 ans ou plus	16,0
Total	8,5 (IC 95 % : 7,2-9,8)

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 résidants 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, un peu plus d'un individu sur cinq (21,6 %) est déjà infecté par le VIH. La prévalence brute du VIH est de 8,5 % parmi les UDI recrutés dans les programmes implantés dans des régions semi-urbaines, et de 16,2 % parmi les UDI recrutés dans les programmes en régions urbaines. L'incidence globale du VIH est de 2,7 par 100 personnes-années pour l'ensemble des participants du réseau entre 1995-2010. Les taux d'incidence du VIH ont baissé de manière statistiquement significative pour l'ensemble du réseau entre 1995 et 2008, Plus spécifiquement ; la situation est stable entre 2002 et 2008, il n'y a pas de tendance à la hausse mais il n'y a plus de tendance à la baisse (étude **SurvUDI**).

VHC Chez les 40 ans ou plus, trois individus sur quatre (76 %) sont déjà infectés par le VHC. La prévalence brute du VHC est de 65,2 % en milieu urbain et de 52,3 % en milieu semi-urbain. L'incidence globale du VHC est de 25,7 par 100 personnes-années pour l'ensemble des participants du réseau entre 1997-2010. On n'a pas observé de tendance statistiquement significative à la hausse ni à la baisse entre 1998 et 2002 mais les données actuelles suggèrent une hausse du taux d'incidence de 2002-2008. (étude **SurvUDI**).

Les données sur la prévalence et l'incidence du VHC, basées sur la présence d'anticorps contre le VHC, reflètent une infection active ou résolue (de14 à 46 % des personnes infectées pouvant se débarrasser du virus). (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 (parmi les répondants 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 (chez les 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 chlamydiose 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 chlamydiose 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 – population haïtienne

VIH Le taux de prévalence du VIH était de moins de 1 % lors de l'étude menée en 2007-2008.

VHC Aucun prélèvement n'a été trouvé positif pour les anticorps contre l'hépatite C.

SYPHILIS La prévalence d'une syphilis ancienne ou courante parmi les répondants recrutés en clinique était de 1,8 % (IC 95 %: 1,55-6,89) ; aucun résultat n'a été trouvé réactif pour la syphilis parmi les jeunes recrutés dans les organismes communautaires.

www.msss.gouv.qc.ca

Santé
et Services sociaux
Québec

© Gouvernement du Québec, 2011

11-329-01W