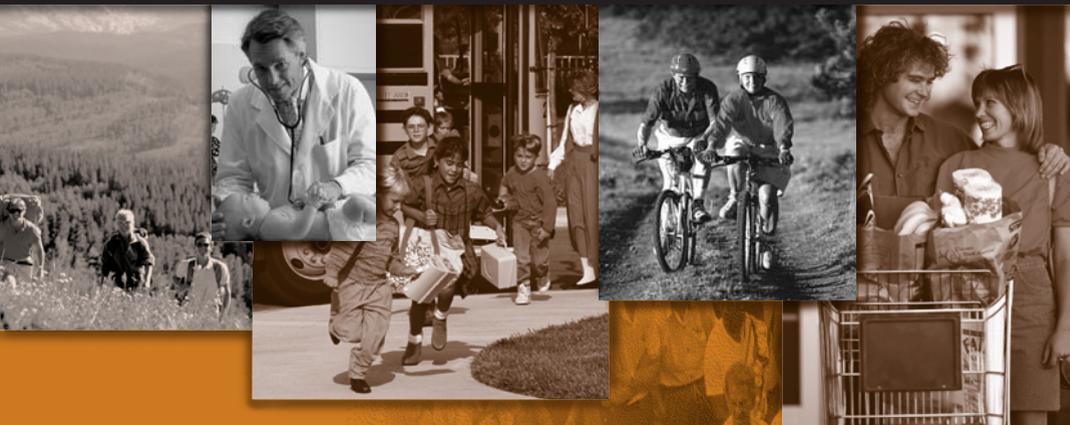


PORTRAIT
DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT
ET PAR LE SANG (ITSS)
AU QUÉBEC
ANNÉE 2005 (ET PROJECTIONS 2006)



S A N T É P U B L I Q U E



COLLECTION
analyses et surveillance

31

**PORTRAIT
DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT
ET PAR LE SANG (ITSS)
AU QUÉBEC
ANNÉE 2005 (ET PROJECTIONS 2006)**

*Santé
et Services sociaux*

Québec



Réalisation :

Gilles Lambert,	médecin-conseil Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux
France Markowski,	agente de planification, de programmation et de recherche Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylfreed Minzunza,	analyste en programmation Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux

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

Édition produite par :

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

Ce document s'adresse aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est disponible qu'en version électronique.

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> et www.msss.gouv.qc.ca

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN 13 : 978-2-550-48505-6 (version PDF)

ISBN 10 : 2-550-48505-X (version PDF)

© Gouvernement du Québec, 2006

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

REMERCIEMENTS

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

Nous remercions également toutes les personnes qui ont contribué soit aux enquêtes de vigie intensifiée, soit aux programmes spécifiques de surveillance soit aux études épidémiologiques dont proviennent les données qui ont permis de dresser ce portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang. La liste des sources de données est présentée à la fin du document.

Faits saillants

Les données présentées ici concernent des cas d'infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS) ayant été détectés et faisant l'objet d'une déclaration obligatoire (ou d'un programme de surveillance spécifique). Or, la plupart des ITSS sont fréquemment asymptomatiques, donc non détectées et non déclarées. Conséquemment, l'analyse des cas déclarés ne rend compte que d'une partie des infections contractées par la population québécoise et de la distribution de celles-ci. Par exemple, la prévalence de la chlamydie serait similaire chez les hommes et les femmes. Toutefois, comme ces dernières sont plus régulièrement en contact avec le système de santé, elles sont donc plus susceptibles d'être dépistées et, de ce fait, d'être sur-représentées parmi l'ensemble des cas déclarés. Ainsi, l'accessibilité et le recours au dépistage influence le nombre et les caractéristiques des cas déclarés. Par ailleurs, les études épidémiologiques effectuées directement auprès de divers groupes de la population enrichissent la compréhension de la situation. Les résultats de telles études québécoises portant sur la prévalence et l'incidence de l'infection au VIH ainsi que de l'infection par le virus de l'hépatite C sont également rapportées dans ce document.

Les données actuelles sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) montrent soit une situation explosive (syphilis, lymphogranulomatose vénérienne), soit l'amorce d'un nouveau cycle haussier (infection gonococcique), soit une stabilisation à un niveau élevé (chlamydie, infection au VIH) ou encore, dans le cas de l'hépatite C, une tendance à la baisse. Une seule ITSS, l'hépatite B aiguë, affiche une diminution constante; on assiste en fait à la disparition progressive de l'hépatite B au Québec, une situation sans doute attribuable à l'introduction, en 1994, du programme universel de vaccination offert en 4^e année du primaire, de même qu'à l'augmentation considérable de la vaccination gratuite des groupes à risque.

Les cas de chlamydie génitale se comptent par milliers chaque année. En 2005, le nombre de cas déclarés est le double de celui observé 10 ans plus tôt. Cette infection est très répandue dans tout le Québec chez les jeunes âgés entre 15 et 24 ans.

La syphilis infectieuse est revenue en 2005 à son niveau de 1985 ! La résurgence de la syphilis et l'apparition d'une « nouvelle » ITSS, la lymphogranulomatose vénérienne, sont des phénomènes constatés également ailleurs au Canada et dans le monde. Tout comme au Québec, la majorité de ces éclosions touchent particulièrement les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH).

En ce qui a trait à l'infection gonococcique, la proportion de femmes parmi l'ensemble des cas a augmenté récemment, les HARSAH constituent toujours un peu plus de la moitié des cas masculins et des taux extrêmement élevés sont constatés chez la population des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik (il en va de même de la chlamydie génitale au sein de ces dernières populations). Par ailleurs on constate depuis quelques années, l'émergence de la résistance du gonocoque à la ciprofloxacine, un antibiotique de la classe des quinolones; en 2005, près de 20 % des cas déclarés d'infection gonococcique présentaient une résistance à la ciprofloxacine.

La tendance à la baisse dans le nombre de cas déclarés d'hépatite C est en partie le reflet d'un certain épuisement du rattrapage des déclarations antérieures consécutif à l'implantation de nouvelles modalités de déclaration en 2002. Par ailleurs, depuis 1990, l'application universelle de tests de détection de l'hépatite C a permis d'enrayer la transmission associée à l'administration de produits sanguins. Actuellement, la plupart des infections sont reliées à l'utilisation de drogues par injection (UDI). Les deux tiers des UDI québécois sont infectés par le virus de l'hépatite C et le taux d'apparition de nouvelles infections (le taux d'incidence) dans cette population a même augmenté au cours de la période 2003-2005. L'épidémie d'hépatite C n'est donc définitivement pas sous contrôle chez les UDI.

L'infection par le VIH demeure très préoccupante. On estime que le nombre de personnes vivant avec le VIH (y compris les personnes qui ont développé le sida) est un peu plus élevé en 2005 qu'en 2002. Cette situation découle probablement de l'effet conjugué de nouveaux traitements qui permettent de prolonger la vie des personnes infectées par le VIH et de l'apparition continue de nouveaux cas d'infection. Un peu plus de la moitié des personnes porteuses du VIH sont des HARSAH alors qu'environ 20 % sont des UDI et 16 % des québécois originaires de pays fortement endémiques en regard du VIH. La plus grande partie des femmes qui ont contracté l'infection sont originaires de pays fortement endémiques, plus particulièrement de l'Afrique subsaharienne et d'Haïti.

En 2005, le nombre annuel de nouveaux cas déclarés d'infection au VIH au Québec n'a pas diminué, il s'est plutôt maintenu au même niveau que celui de 2002. On constate une légère augmentation des nouveaux diagnostics de l'infection au VIH chez les HARSAH et une légère baisse chez les UDI (les résultats de l'étude SurvUDI, une étude épidémiologique colligeant des données spécifiquement auprès d'UDI, montre cependant que l'incidence du VIH augmente chez ceux-ci depuis 2001-2002 après avoir baissé entre 1995 et 2001). Le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes originaires d'un pays fortement endémique, troisième catégorie d'exposition en importance, est demeuré stable de même que le nombre de nouveaux diagnostics reliés aux contacts hétérosexuels sans autre facteur

de risque. Enfin, les cas associés à l'administration de produits sanguins sont devenus exceptionnels. Les véritables tendances dans le nombre de nouvelles infections et leur distribution par catégorie d'exposition se dégageront plus clairement au fur et à mesure que les données du Programme de surveillance de l'infection au VIH augmenteront.

L'introduction, en 1996, des thérapies efficaces de traitement de l'infection par le VIH a grandement modifié l'évolution de la maladie, en repoussant la survenue d'un diagnostic de sida et, par conséquent, en augmentant les années de vie des personnes porteuses du VIH. Le taux de mortalité associée au sida en 2005 est de cinq fois inférieur à celui de 1995.

Nombre de cas déclarés de diverses ITSS au Québec, 2001 à 2006¹

Maladies	2001	2002	2003	2004	2005	2006p ¹
Chlamydie génitale	10 171	11 074	12 297	12 864	12 703	12 546
Hépatite C	2 921	2 537	2 242	2 747	2 439	2 289
Infection gonococcique	831	880	884	825	901	1 260
Syphilis infectieuse	16	47	154	242	255	399
Hépatite B aiguë	94	100	91	69	48	30
Lymphogranulomatose vénérienne	0	0	1	1	26	43

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

1. Il s'agit du nombre de cas projetés pour 2006 à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes, soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006.

Table des matières

Introduction	15
Chlamydirose génitale	17
Infection gonococcique	20
Hépatite B aiguë	23
Hépatite C	25
Lymphogranulomatose vénérienne	28
Syphilis infectieuse	30
Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	
Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection au VIH	33
Tests de sérologie anti-VIH	36
Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec	37
Programme de surveillance de la femme enceinte	42
Programme de surveillance du sida	43
Mortalité due au sida	45
Sources des données	47
Annexe 1	51
Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence pour la chlamydirose génitale, l'infection gonococcique, l'hépatite B aiguë, l'hépatite C, la lymphogranulomatose vénérienne et la syphilis infectieuse – Province de Québec, 2005 Population masculine – Population féminine – Sexes réunis	
Annexe 2	53
Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence par région pour certaines ITSS – sexes réunis – Province de Québec, 2001 à 2006 Chlamydirose génitale – Infection gonococcique – Hépatite B aiguë – Hépatite C – Lymphogranulomatose vénérienne – Syphilis infectieuse	
Annexe 3	59
Résultats d'études épidémiologiques québécoises portant sur la prévalence et l'incidence de l'infection au VIH ainsi que de l'infection par le virus de l'hépatite C au sein de diverses populations	

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX :

Nombre de cas déclarés de diverses ITSS au Québec, 2001 à 2006 9

Chlamydie génitale

Taux brut d'incidence, P. Québec, 1990 à 2006	18
Taux brut d'incidence selon le sexe, P. Québec, 2001 à 2006	18
Taux d'incidence selon l'âge et le sexe, P. Québec, 2005	19
Taux d'incidence pour certains groupes d'âges – Femmes, P. Québec, 1990 à 2006	19

Infection gonococcique

Taux brut d'incidence, P. Québec, 1984 à 2006	21
Taux brut d'incidence selon le sexe, P. Québec, 2001 à 2006	21
Taux d'incidence selon l'âge et le sexe, P. Québec, 2005	22
Taux d'incidence pour certains groupes d'âges – Sexes réunis, P. Québec, 1990 à 2006	22

Hépatite B aiguë

Taux brut d'incidence, P. Québec, 1990 à 2006	23
Taux brut d'incidence selon le sexe, P. Québec, 2001 à 2006	23
Taux d'incidence selon l'âge – Hommes, P. Québec, périodes 1990-1992 et 2004-2006	24

Hépatite C

Taux brut de cas déclarés, P. Québec, 1990 à 2006	26
Taux de cas déclarés selon le sexe, P. Québec, 2001 à 2006	26
Taux de cas déclarés selon l'âge et le sexe, P. Québec, 2005	27

Lymphogranulomatose vénérienne

Nombre de cas incidents déclarés – Hommes, P. Québec, 2003 à 2006	29
Taux d'incidence selon l'âge – Hommes, P. Québec, 2005-2006	29

Syphilis infectieuse

Taux brut d'incidence, P. Québec, 1990 à 2006	31
Taux brut d'incidence selon le sexe, P. Québec, 2001 à 2006	31
Taux d'incidence selon l'âge et le sexe, P. Québec, 2005	32
Taux d'incidence pour certains groupes d'âges – Hommes, P. Québec, 1990 à 2006	32

Infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Estimation de la prévalence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées, par catégorie d'exposition, sexes réunis, 2005 – Québec	34
Estimation de la prévalence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées, par catégorie d'exposition, femmes, 2005 – Québec	34
Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées, par catégorie d'exposition, 2005 – Québec	35
Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées, par catégorie d'exposition, femmes – Québec	35
Tests de sérologie anti-VIH – Données du Laboratoire de santé publique du Québec	36
Répartition des cas anciens et nouveaux pour lesquels la collecte de renseignements épidémiologiques a été complétée, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2002 à 2005	39
Répartition des cas anciens et nouveaux (N, %) pour lesquels la collecte de renseignements épidémiologiques a été complétée, selon la catégorie principale d'exposition et l'année du prélèvement, 2002 à 2005	40
Répartition des cas nouvellement diagnostiqués (N, %) pour lesquels la collecte de renseignements épidémiologiques a été complétée, selon la catégorie principale d'exposition et l'année du prélèvement	41
Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH selon la catégorie d'exposition et la date du dépistage. 1997 à 2005	42
Proportion (%) des cas de sida déclarés au 30 juin 2004 par catégorie d'exposition et par période de diagnostic. Province de Québec – Hommes	43

Proportion (%) des cas de sida déclarés au 30 juin 2004 par catégorie d'exposition et par période de diagnostic. Province de Québec – Femmes	44
Taux brut de mortalité par sida – Sexes réunis, P. Québec, 1987 à 2005	45
Taux de mortalité par sida selon l'âge et le sexe, P. Québec, 2005	46

Introduction

Le présent portrait s'inscrit dans le cadre de la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement – Orientations 2003-2009. Il fait état, à partir de diverses sources de données, de la situation, en 2005, de la chlamydie génitale, de l'infection gonococcique, de la lymphogranulomatose vénérienne, de la syphilis, de l'hépatite B aiguë, de l'hépatite C et de l'infection par le VIH.

Ces infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sont visées par la Loi de la santé publique. La date d'entrée en vigueur de la déclaration obligatoire ou du programme de surveillance varie selon la maladie. Ainsi, la chlamydie génitale est devenue à déclaration obligatoire en 1990 alors que depuis avril 2002 seulement, tous les tests positifs de dépistage de l'infection par le VIH font obligatoirement l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques auprès du médecin qui a demandé le test.

Les données relatives à l'âge, au sexe, à la région de résidence et à la date d'épisode sont extraites du registre MADDO du Laboratoire de santé publique du Québec en date du 5 octobre 2006. Les projections pour l'année 2006 reposent sur le nombre de cas survenus au cours des 9 premières périodes de l'année (une année compte 13 périodes de 4 semaines chacune), soit entre le 1^{er} janvier et le 9 septembre 2006.

Des données complémentaires se rapportant aux facteurs d'exposition sont tirées soit des enquêtes faites à la suite des déclarations, soit des programmes spécifiques de surveillance. Les résultats d'études épidémiologiques québécoises portant sur la prévalence et l'incidence de l'infection au VIH ainsi que de l'infection par le virus de l'hépatite C au sein de diverses populations sont également présentés.

Enfin, ce document s'adresse aux professionnels de la santé, aux associations, aux intervenants, aux groupes communautaires et aux individus engagés de près ou de loin dans la lutte contre les ITSS, l'infection par le VIH et le sida. Il vise principalement à fournir de l'information sur l'ampleur et l'évolution de ces problèmes dans le but d'orienter les interventions et la planification des ressources nécessaires en matière de lutte contre les ITSS.

INFECTION GÉNITALE À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* OU CHLAMYDIOSE GÉNITALE

La chlamydie génitale est la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire. En 2005, 12 703 cas ont été déclarés. Après avoir connu une régression constante de 1990 à 1997, le nombre de cas déclarés annuellement s'est accru entre 1997 et 2004, passant de 6 437 à 12 864. Toutefois, le nombre enregistré en 2005 et celui projeté en 2006, laissent croire à une certaine stabilisation de la situation. En 2005, le taux brut d'incidence se situe à 168 cas par 100 000 personnes, soit un niveau comparable à celui du début des années 90.

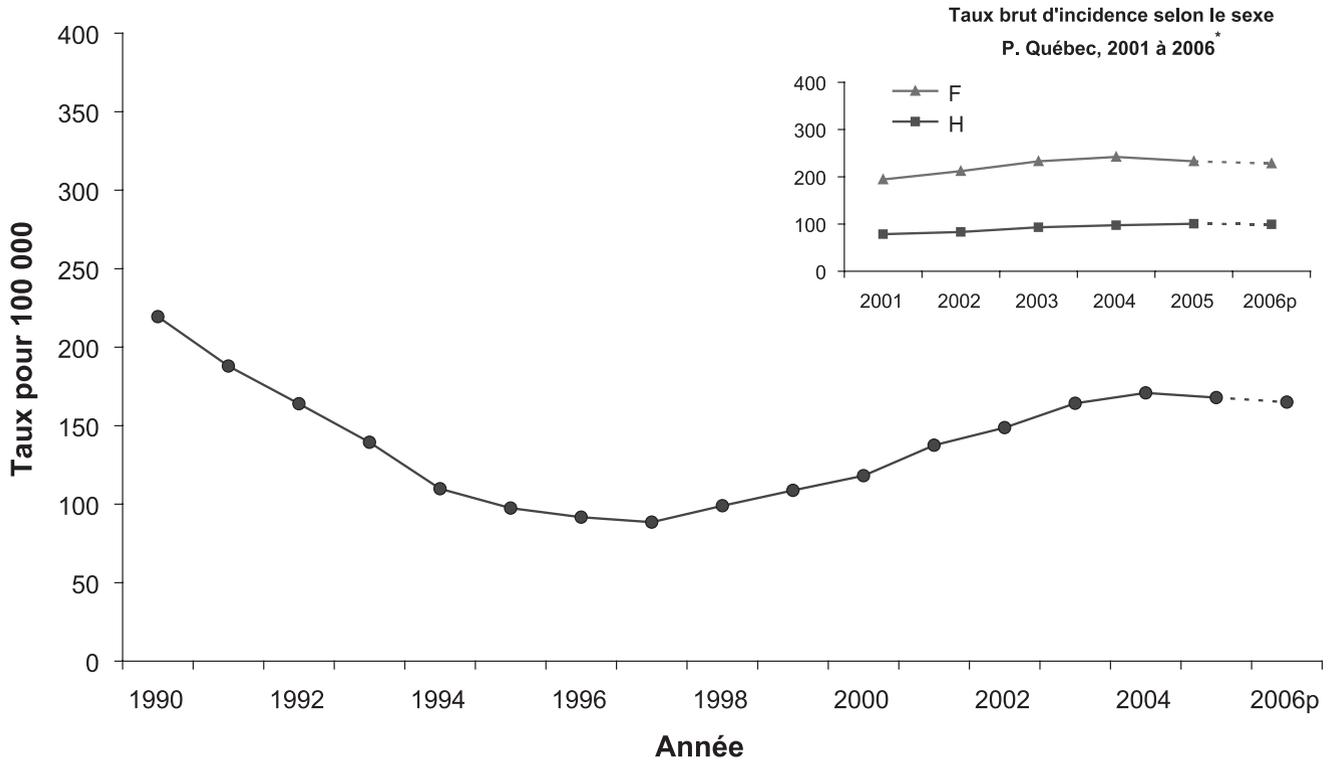
Les femmes représentent la majorité des cas (70%). De façon générale, peu importe le sexe, les cas sont concentrés chez les adolescents et les jeunes adultes. Près de trois cas féminins sur quatre (72%) sont le fait de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans. C'est d'ailleurs dans cette tranche d'âge que les taux d'incidence sont de loin les plus élevés, soit de l'ordre de 1 375 cas par 100 000. Les plus récentes données (2005-2006) semblent néanmoins démontrer un certain recul de cette infection chez les adolescentes de 15-19 ans. Chez les hommes, les 20-24 ans et, dans une moindre mesure, les 25-29 ans sont les plus touchés, avec des taux respectifs de 528 et 347 cas par 100 000. Par ailleurs, tant chez les hommes que chez les femmes, l'évolution de la chlamydie génitale au cours des dernières années est la même dans tous les groupes d'âges compris entre 20 et 39 ans.

La majorité des régions affichent un taux d'incidence comparable à celui de l'ensemble du Québec. Toutefois, certaines régions se distinguent par un taux élevé persistant. C'est le cas de la Côte-nord, du Nord-du-Québec, de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi que de la Mauricie et du Centre du Québec, qui affichent en 2005 un taux supérieur à 210 par 100 000. Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James accusent pour leur part des taux très élevés, soit respectivement 2 500 et 1 350 par 100 000 (voir l'annexe 2).

Chez la femme, une infection génitale à *Chlamydia trachomatis* non traitée peut mener à une maladie inflammatoire pelvienne chronique qui, elle, pourra causer l'infertilité tubaire ou une grossesse ectopique. De plus, une femme enceinte infectée est susceptible de transmettre l'infection à son nouveau-né. Ainsi, en 2005, deux cas d'infection oculaire ou pulmonaire à *Chlamydia trachomatis* ont été rapportés chez des enfants de moins de 1 an (sept l'avaient été en 2004); ces cas pourraient être reliés à une transmission de la mère infectée à son enfant.

Chlamydie génitale : Taux brut d'incidence

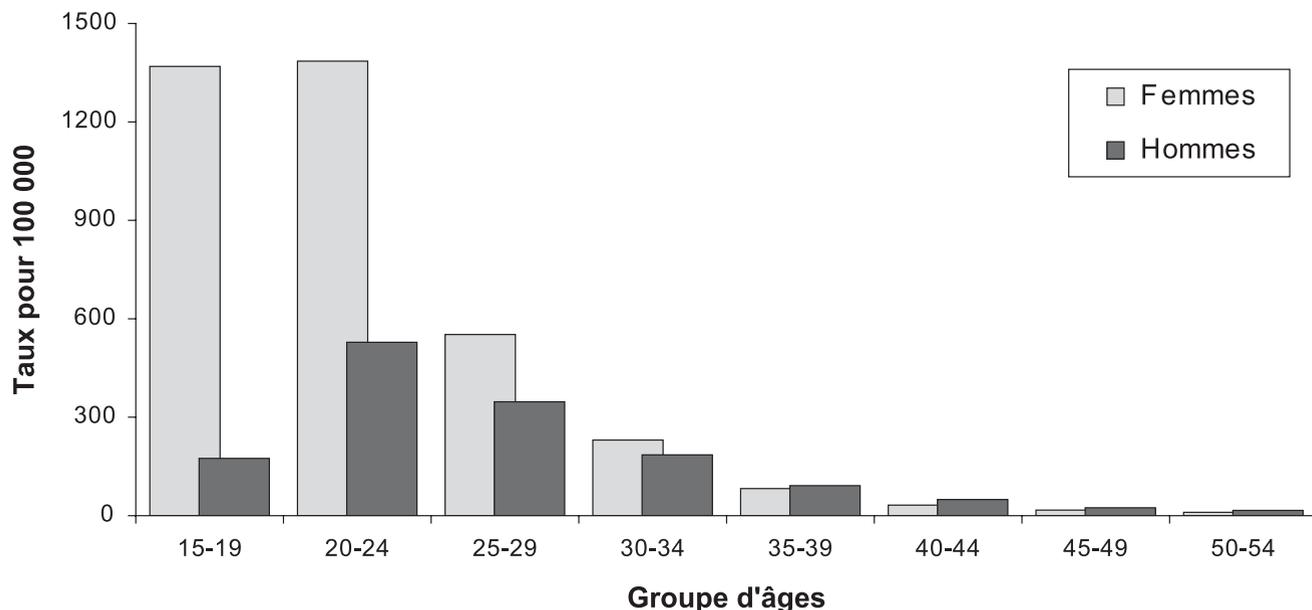
P. Québec, 1990 à 2006*



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

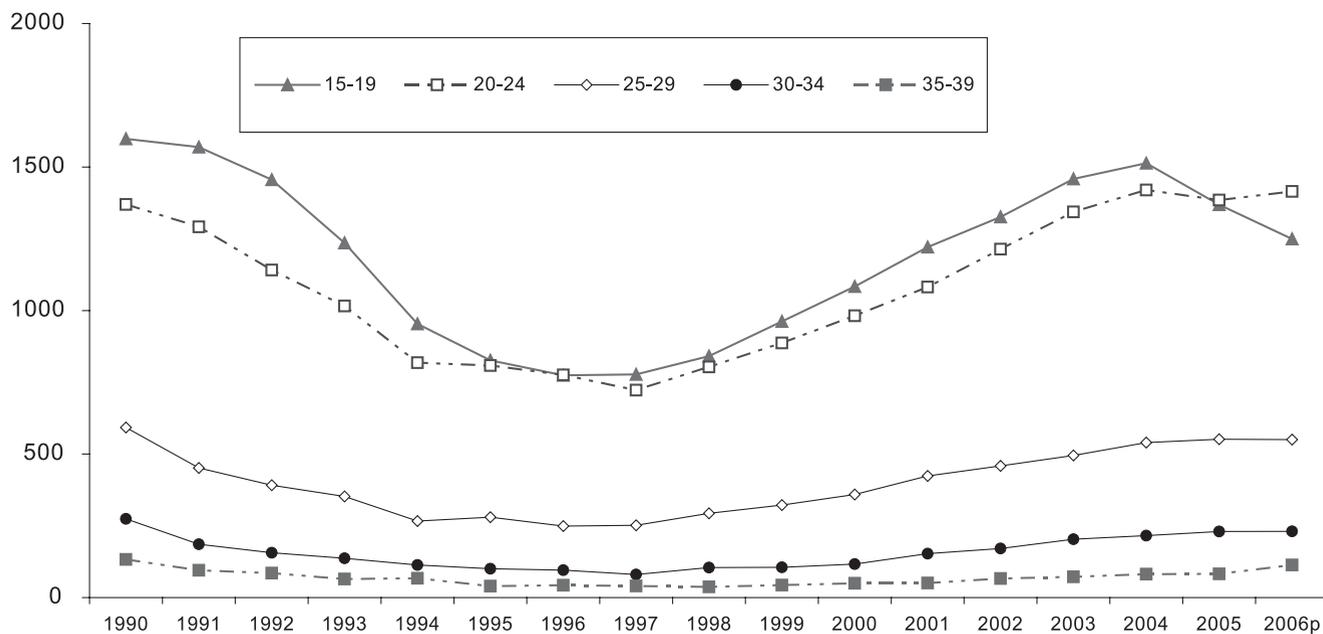
* Taux exprimé pour 100 000 personnes-année. Pour 2006, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006).

Chlamydie génitale : Taux d'incidence selon l'âge et le sexe P. Québec, 2005



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

Chlamydie génitale : Taux brut d'incidence pour certains groupes d'âges – Femmes – P. Québec, 1990 à 2006*



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-année. Pour 2006, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006).

INFECTION GONOCOCCIQUE

Au Québec, durant la décennie 1980, l'incidence des infections gonococciques a connu une chute spectaculaire. Au cours des années 90, la tendance à la baisse s'est poursuivie mais de façon un peu plus modérée. À partir de 1998, la tendance se renverse pour ensuite se stabiliser entre 2000 et 2004 à un taux annuel moyen de 11 cas par 100 000, soit un niveau 67% plus élevé que le plancher de 1996. En 2005, 901 cas ont été déclarés, comparativement à 825 cas en 2004, et le taux brut d'incidence s'élève à 11,9 par 100 000. Les données préliminaires de 2006 confirment la tendance et suggèrent en outre une augmentation encore plus substantielle. On estime en effet à plus de 1 200 le nombre de cas pour cette année, ce qui représente un taux de 16,6 par 100 000 personnes. À la lumière de ces données récentes, l'infection gonococcique semble amorcer un nouveau cycle haussier.

Le portrait épidémiologique des cas déclarés de l'infection gonococcique diffère de celui de la chlamydie génitale. C'est avant tout une infection qui touche principalement les hommes (81 % des cas en 2005). Toutefois, l'importance relative des femmes tend à augmenter de plus en plus. En 2006, ces dernières pourraient constituer 29% de l'ensemble des cas, comparativement à 19% en 2005. Un peu plus de la moitié des cas, soit 54 %, appartiennent aux tranches d'âges des 15-29 ans, alors que les adultes de 30-44 ans comptent pour 33% des personnes infectées. Les jeunes hommes de 20-24 ans affichent le taux d'incidence le plus élevé, à 62 par 100 000, soit un niveau cinq fois supérieur à celui de la population générale. Dans tous les groupes d'âges, le taux d'infection gonococcique est toujours plus élevé chez les hommes que chez les femmes, sauf chez les 15-19 ans, où les filles présentent un taux plus élevé.

La distribution spatiale des cas n'est pas proportionnelle au poids démographique des régions : les trois quarts des cas déclarés viennent en effet de la zone métropolitaine, qui regroupe les régions de Montréal, de Laval et de la Montérégie. À elle seule, la région de Montréal compte plus de la moitié (57%) des cas déclarés en 2005, alors qu'elle regroupe 25% de la population totale du Québec. Elle détient, et de loin, le taux le plus élevé, soit 29 cas par 100 000, comparativement à un taux moyen de 6,1 pour l'ensemble des autres régions. Les régions de Laval et de l'Outaouais suivent aux deuxième et troisième rang, avec des taux respectifs de 12,3 et 10,2. Pour sa part le Nunavik, avec 27 cas en 2005 et 65 projetés pour 2006, affiche encore un taux nettement supérieur à celui de l'ensemble du Québec.

D'après les enquêtes réalisées dans le cadre de la surveillance des infections gonococciques (données provinciales, juin 2005 à mai 2006), les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) compteraient pour 55% à 60% de l'ensemble des cas pour lesquels l'information était disponible, alors que la proportion d'HARSAH dans la population générale oscille entre 5% et 10%.

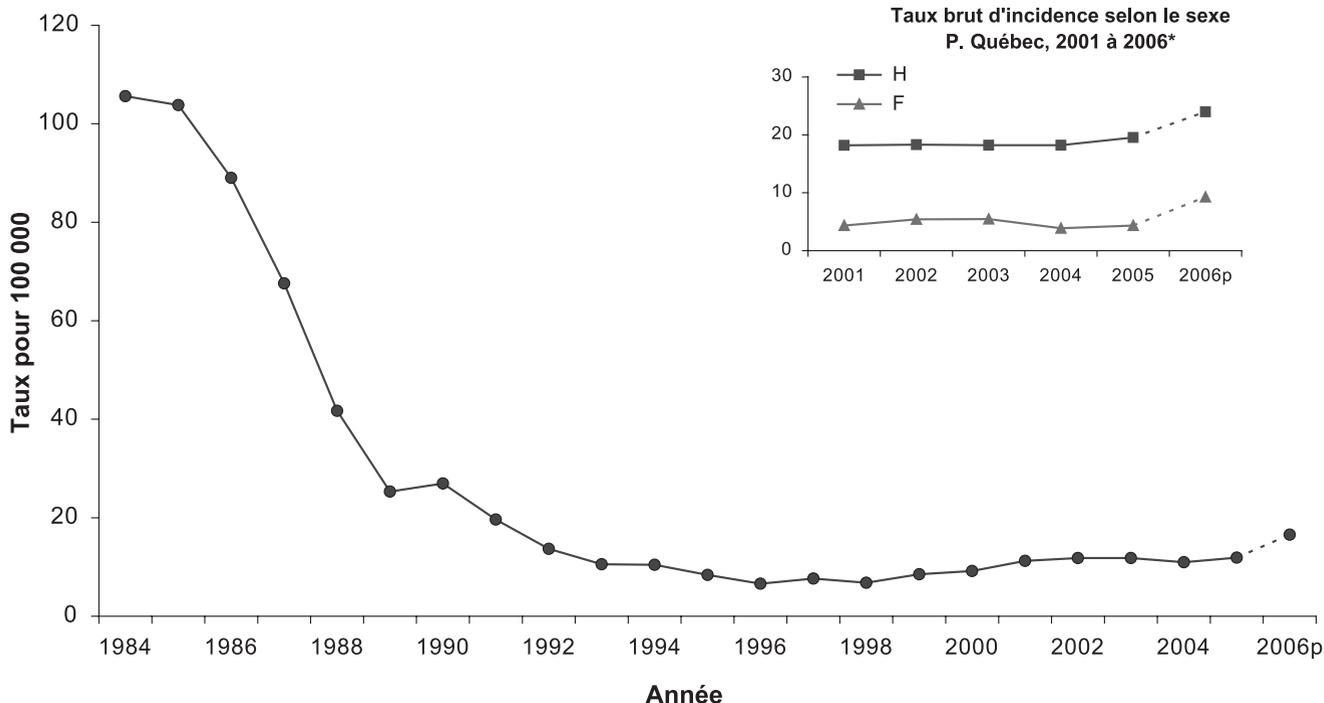
Depuis les dernières années on assiste à l'émergence de la résistance du gonocoque à la ciprofloxacine, un antibiotique de la classe des quinolones. Sur la base du nombre de souches résistantes par rapport au nombre total de cas déclarés, le taux de résistance au Québec est passé de 0,6% à 6,9% entre 2000 et 2004. En 2005, près d'une souche sur cinq (19%) était résistante à la ciprofloxacine, et le phénomène continue de prendre de l'ampleur en 2006, alors que le taux s'élève à 28% (en date du 12 août). Par ailleurs, parmi les cas déclarés hors Montréal entre juin 2005 et mai 2006, 39% ont été détectés exclusivement par une technique d'amplification des acides nucléiques (donc sans mise en culture); ainsi, si le quart (26%) de l'ensemble des cas déclarés étaient résistants, plus de la moitié (53%) des souches mises en culture manifestaient une résistance à la ciprofloxacine.

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

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

Infection gonococcique : Taux brut d'incidence

P. Québec, 1984 à 2006*

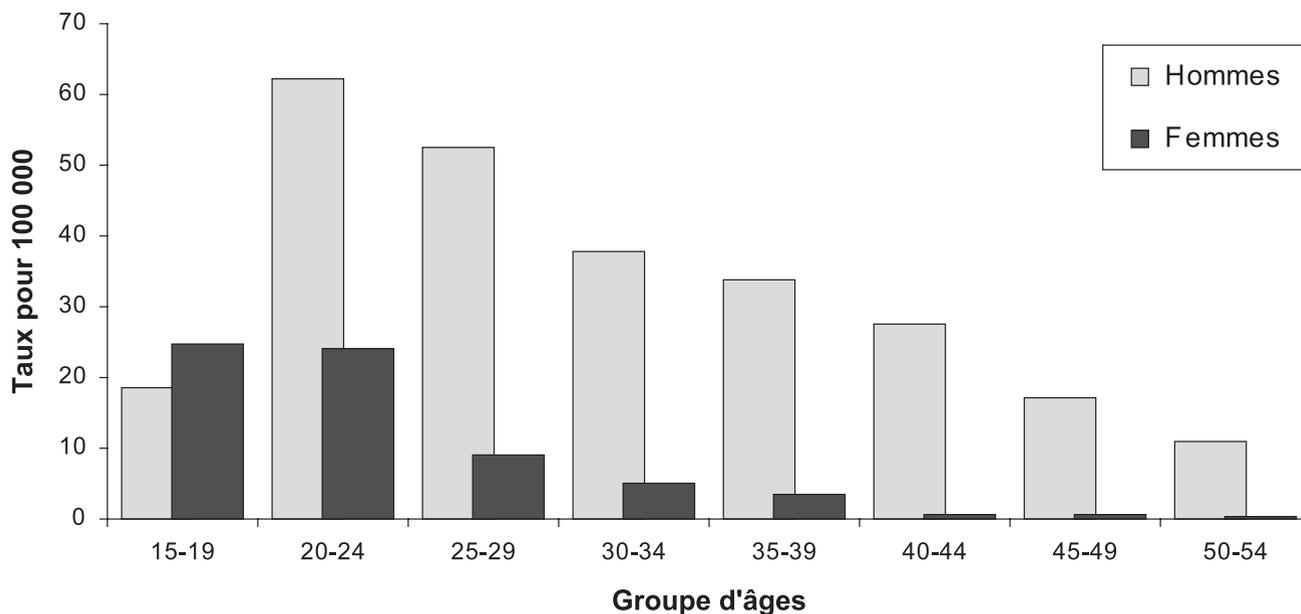


Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-année. Pour 2006, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006).

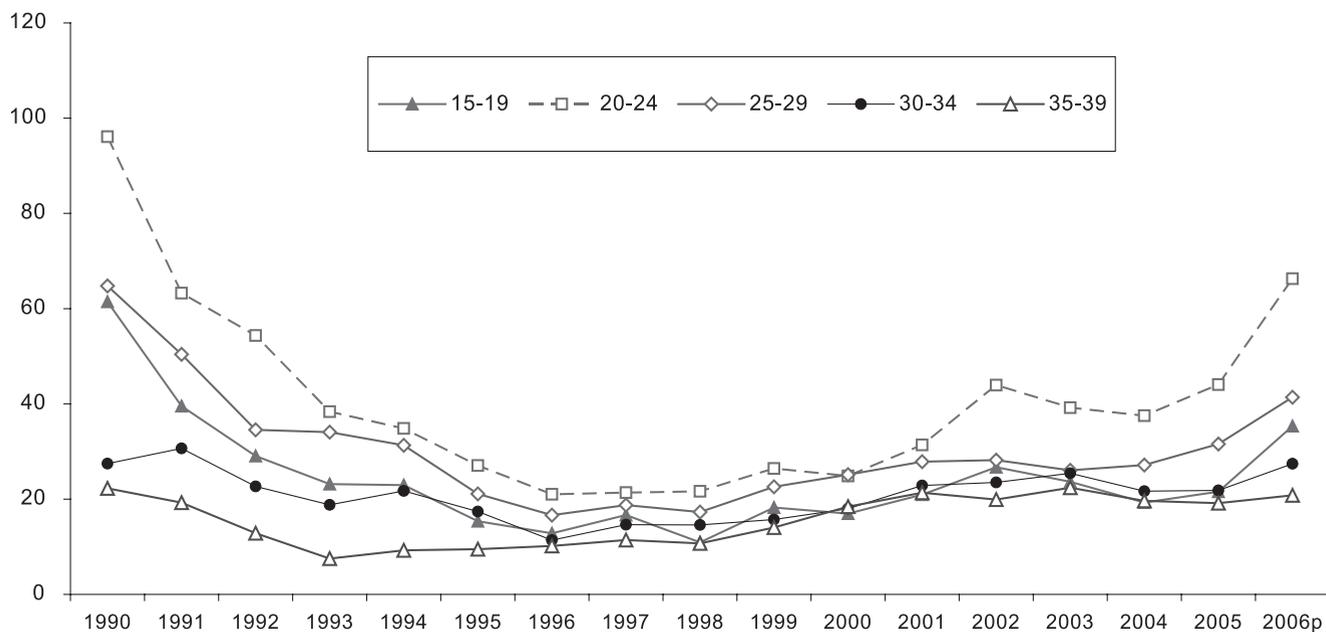
Infection gonococcique : Taux d'incidence selon l'âge et le sexe

P. Québec, 2005



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

Infection gonococcique : taux brut d'incidence pour certains groupes d'âges Sexes réunis – P. Québec, 1990 à 2006*



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-année. Pour 2006, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006).

HÉPATITE B AIGÜE

L'hépatite B aiguë est la seule ITSS dont l'incidence a connu une baisse constante au cours des 15 dernières années. Entre 1990 et 2005, le taux brut est passé de 6,5 à 0,6 cas par 100 000 personnes, soit une diminution totale de 90 %. De fait, en 2005, on compte presque 10 fois moins de cas déclarés qu'en 1990, soit 48 comparativement à 452. On estime à 30 le nombre de cas qui pourraient être déclarés en 2006, ce qui confirme la poursuite de la régression de la maladie.

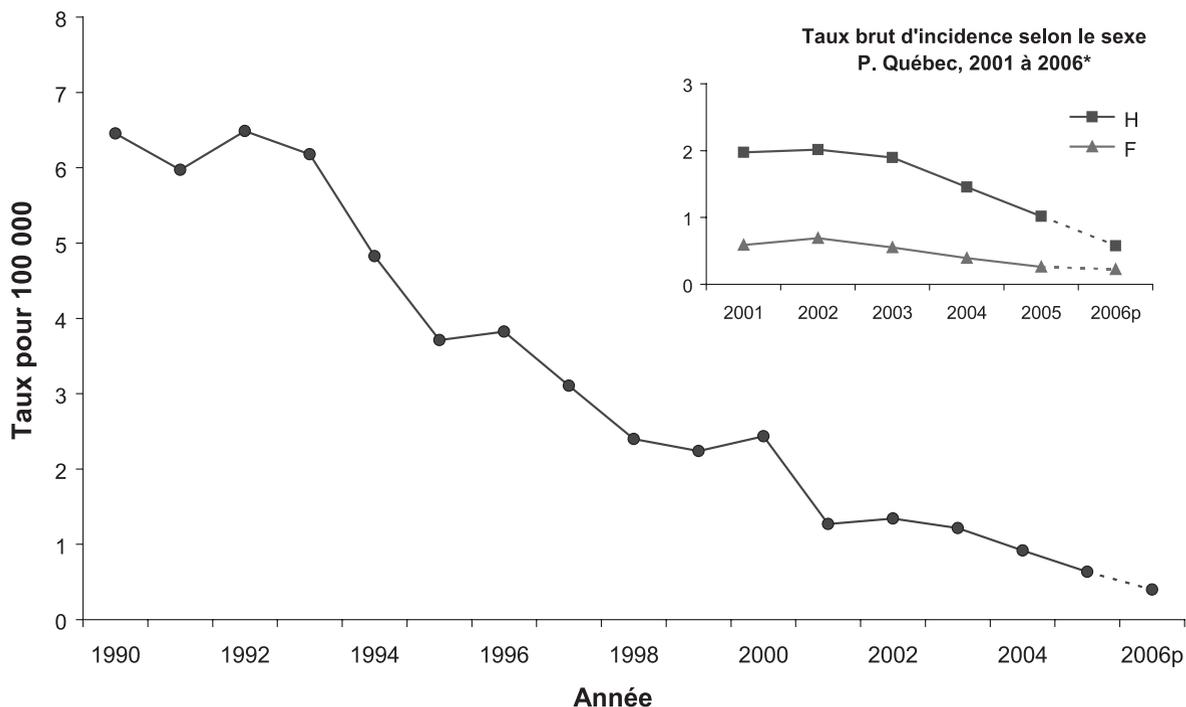
Au début des années 90, les personnes âgées de 20-39 ans affichaient les taux d'incidence les plus élevés. Près de 15 ans plus tard, les différences entre les groupes d'âges se sont estompées. Par ailleurs à tout âge, les hommes accusent des taux supérieurs à ceux des femmes. La baisse d'incidence constatée est cependant similaire pour les deux sexes.

Les régions de Montréal et de la Capitale-Nationale enregistrent les taux les plus élevés.

En plus des hépatites B aiguës, des cas d'hépatite B chronique sont aussi déclarés. Ce sont des personnes qui ont contracté leur infection dans le passé, chez qui la présence du virus continue d'être détectable, et qui peuvent donc transmettre l'infection. En 2005, 500 cas d'hépatite B chronique et 523 cas d'hépatite B dont le stade clinique n'est pas précisé ont été déclarés au Québec.

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

Hépatite B aiguë : Taux brut d'incidence – P. Québec, 1990 à 2006*

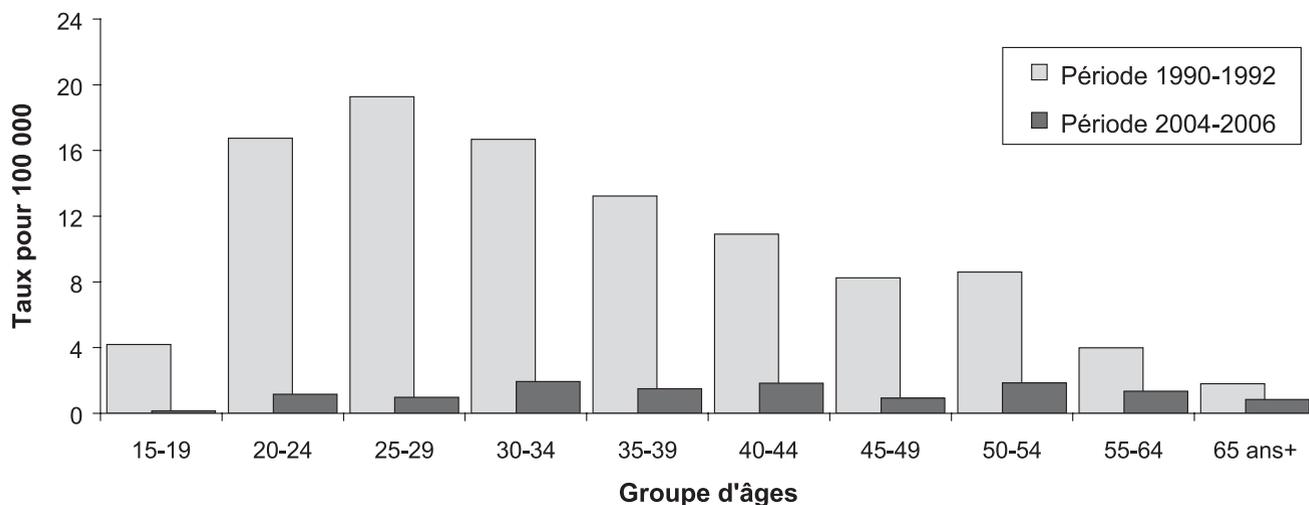


Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-année. Pour 2006, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006).

Hépatite B aiguë : Taux d'incidence selon l'âge – Hommes

P. Québec, périodes 1990-1992 et 2004-2006*



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-année. Pour 2006, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006).

HÉPATITE C

L'hépatite C est à déclaration obligatoire par les médecins depuis une quinzaine d'années mais c'est seulement depuis avril 2002 que les laboratoires sont également tenus de la déclarer. Dans ce contexte, il est difficile d'interpréter l'évolution du nombre de cas déclarés, qui reflète davantage les nouvelles modalités de déclaration que l'évolution de l'épidémiologie de l'infection. Il n'existe pas de test permettant de distinguer un cas aiguë d'un cas chronique.

En 2005, 2 439 cas d'hépatite C (y compris les cas d'hépatite C aiguë, chronique et de statut imprécisé) ont été déclarés au Québec, soit un taux brut de cas déclarés de 32,2 par 100 000 personnes. Par rapport à 2004, on enregistre une baisse de 11 % du nombre de cas déclarés. Compte tenu des données préliminaires de 2006, une tendance à la baisse semble se dessiner : en effet, on estime à un peu moins de 2 300 le nombre de cas déclarés en 2006, soit 6 % de moins qu'en 2005, ce qui devrait faire fléchir le taux autour de 30 cas par 100 000.

De façon générale, les hommes représentent les deux tiers (67 % en 2005) des cas déclarés. Dans la population âgée de 25 ans ou plus, le taux des hommes est toujours de deux à trois fois supérieur à celui des femmes. Peu importe le sexe, les individus âgés de 35-49 ans sont les plus touchés. À cet âge, le taux oscille entre 95 et 98 cas par 100 000 chez les hommes, et entre 32 et 43 par 100 000 chez les femmes.

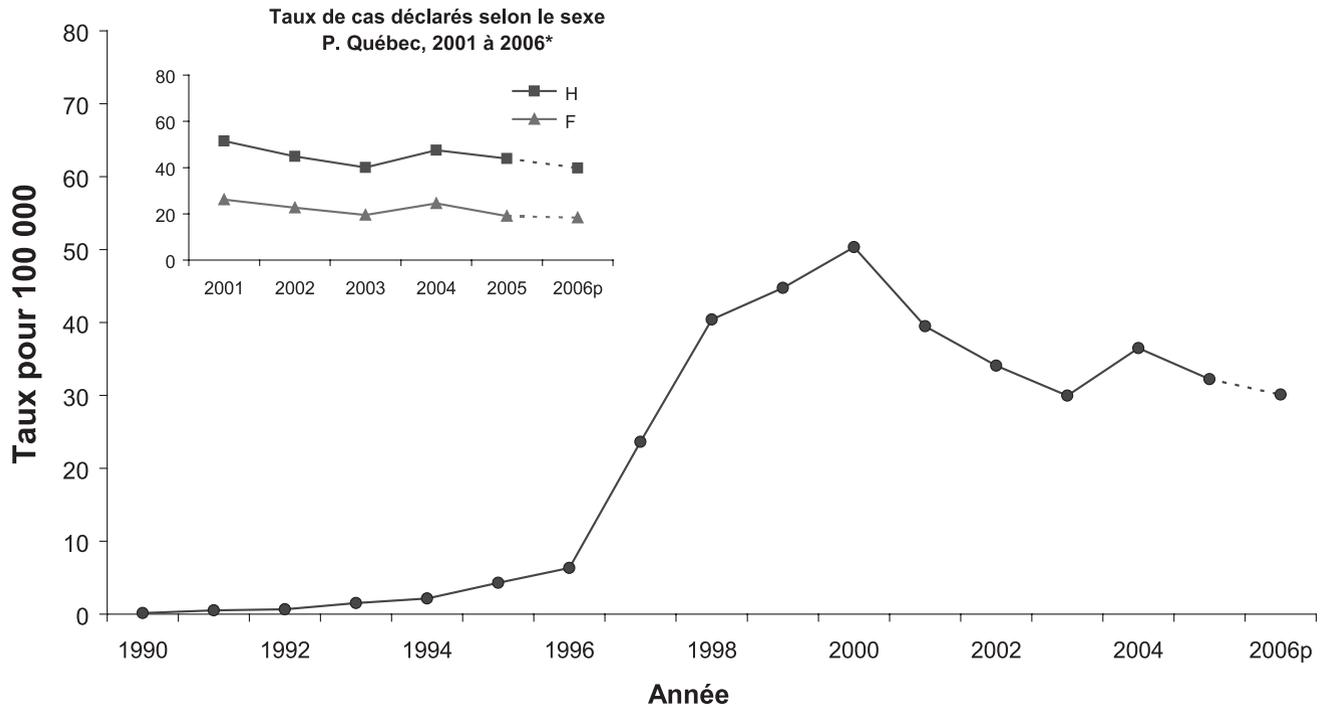
À l'exception du Nunavik, qui n'a déclaré aucun cas en 2005, toutes les régions du Québec sont touchées, mais pas de façon égale. De fait, la moitié des cas (49 %) de la province proviennent de la région de Montréal qui affiche le taux le plus élevé du Québec, soit 63 cas par 100 000, comparativement à un taux moyen de 22 cas par 100 000 pour l'ensemble des autres régions. Elle est suivie par la région des Laurentides, avec un taux de 31 par 100 000, et celles de l'Outaouais et de Laval, qui affichent chacune un taux de 27 par 100 000.

D'après les enquêtes réalisées dans le cadre de la surveillance de l'hépatite C (données provinciales, avril 2002 à mars 2004), près des quatre cinquièmes (78 %) des personnes infectées pour lesquelles l'information était disponible ont mentionné avoir déjà consommé des drogues par injection au moins une fois dans leur vie.

Les résultats d'études épidémiologiques québécoises portant sur l'infection par le virus de l'hépatite C au sein de diverses populations sont présentés à l'annexe 3. Près des deux tiers (64 %) des utilisateurs de drogues recrutés dans le réseau de surveillance survUDI étaient infectés par le VHC (données 2003-2005); la prévalence du VHC s'élevait autour de 45 % chez les 20-24 ans et atteignait 80 % chez les 40 ans et plus; elle était de 65 % en milieu urbain et de 55 % en milieu semi-urbain. Le taux d'apparition de nouvelles infections (le taux d'incidence) dans cette population était de 42,8 par 100 personnes-année. Ce taux de nouvelles infections a augmenté au cours de la période 2003-2005.

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

Hépatite C : Taux brut de cas déclarés, P. Québec, 1990 à 2006*

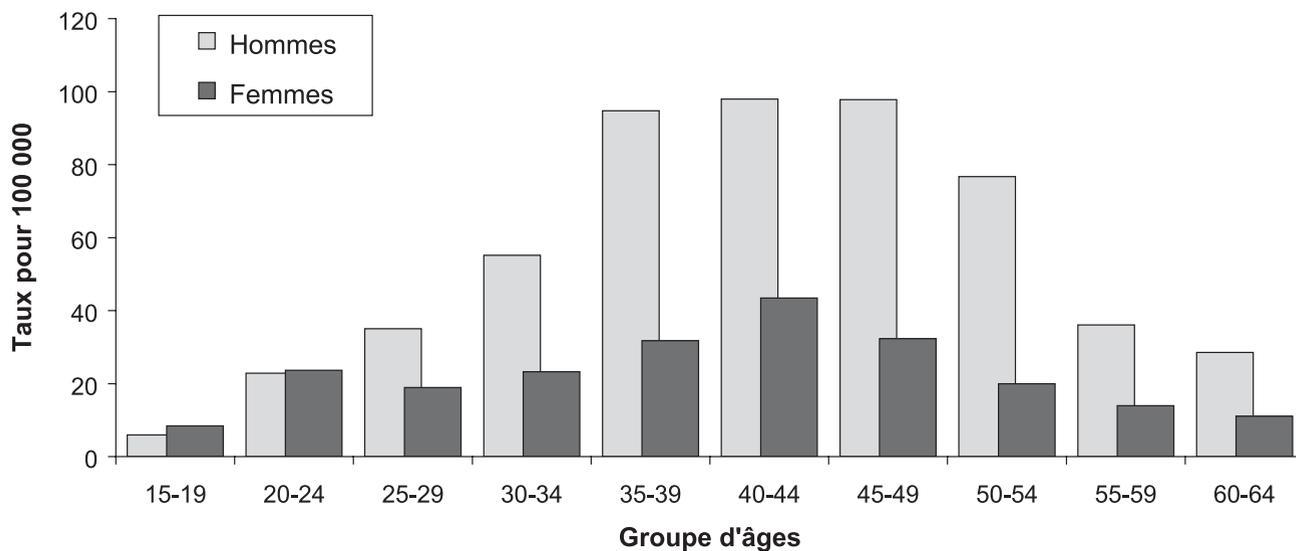


Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-année. Pour 2006, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006).

Hépatite C : Taux de cas déclarés selon l'âge et le sexe

P. Québec, 2005



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est une infection transmissible sexuellement causée par les sérotypes L1, L2 et L3 de *Chlamydia trachomatis*. Contrairement aux sérotypes A-K, les sérotypes de la LGV sont invasifs. La LGV a été décrite formellement pour la première fois en 1900.

Au Québec, un premier cas de LGV a été déclaré en 2003, un deuxième en 2004, puis 26 cas en 2005. On estime entre 40 et 45 le nombre de cas en 2006, soit une augmentation de 65 % par rapport à la situation de 2005.

Tous les cas déclarés jusqu'à maintenant sont masculins. Si 75 % d'entre eux sont âgés entre 30 et 49 ans, les 20-29 ans comptent cependant pour une part non négligeable, avec 14 % des cas. Aucun cas n'a encore été rapporté chez les jeunes de moins de 20 ans ou chez des adultes de 60 ans ou plus.

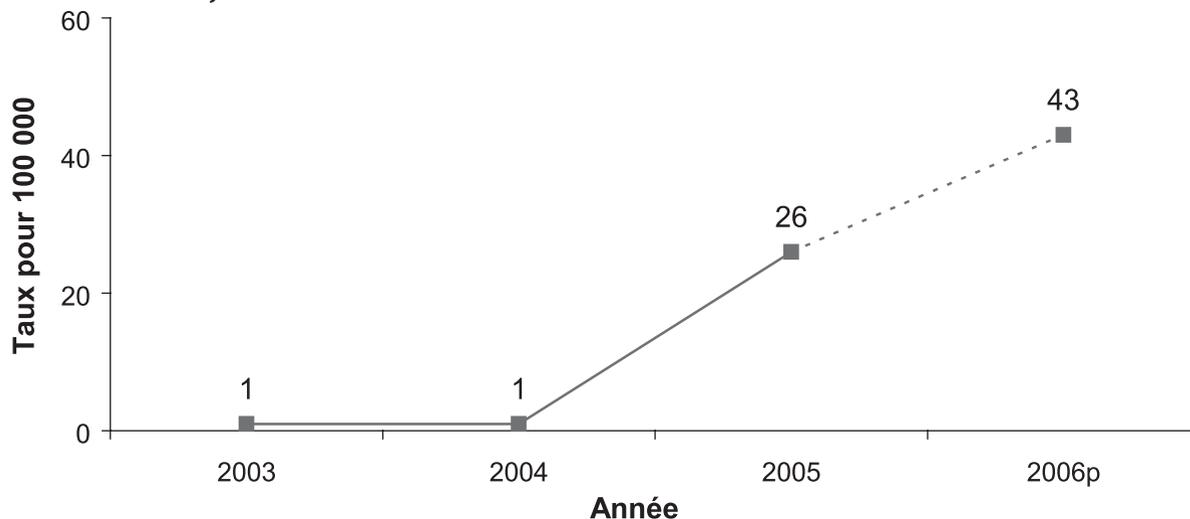
La très grande majorité des cas rapportés en 2005-2006, soit 88 % (n = 50), l'ont été dans la région de Montréal. Quatre régions, soit l'Estrie, Laval, la Montérégie et le Saguenay–Lac-Saint-Jean, ont quant à elles déclaré un ou deux cas de LGV depuis le début de l'écllosion.

Selon les enquêtes réalisées dans le cadre de la surveillance de la lymphogranulomatose vénérienne, la moitié des cas déclarés en 2005 et durant les neuf premières périodes de l'année 2006 sont des cas probables et l'autre moitié (29 sur 56), des cas « confirmés », soit des cas pour lesquels une épreuve complémentaire (ex. : séquençage de l'ADN) a permis de mettre en évidence un sérotype responsable de la LGV. Tous les cas confirmés appartiennent au sérotype L2.

Les HARSAH représentent la totalité des cas; aucun d'eux n'a eu des contacts sexuels avec des hommes *et* des femmes au cours de la dernière année. Près de 90 % de ces HARSAH ont déjà eu une ITSS au cours de leur vie, 44 % ont déjà contracté une syphilis, et 59 % sont reconnus comme étant infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Près des deux tiers (64 %) ont eu des relations sexuelles dans des saunas gais au cours de la période d'incubation. Plus du quart des cas pour lesquels l'information est disponible ont eu des relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec. Enfin, aucun n'a rapporté avoir reçu ou donné de l'argent en échange de relations sexuelles au Québec au cours de la dernière année.

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

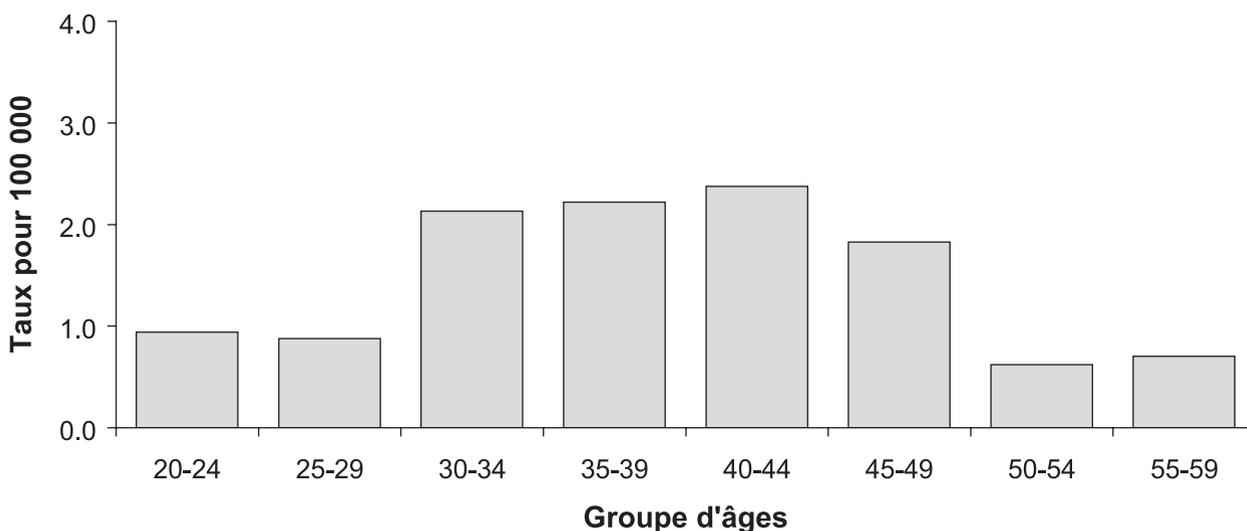
Lymphogranulomatose vénérienne Nombre de cas incidents déclarés – Hommes P. Québec, 2003 à 2006*



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-année. Pour 2006, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006).

Lymphogranulomatose vénérienne – Taux d'incidence selon l'âge Hommes, P. Québec, période 2005-2006* N = 56 cas



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-année. Pour 2006, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006).

SYPHILIS INFECTIEUSE

En une dizaine d'années, le nombre annuel de déclarations de syphilis infectieuse (syphilis primaire, secondaire et latente précoce) a chuté de presque 100 %, passant de 242 à 10 cas entre 1985 et 1995, pour descendre à un plancher de 3 cas en 1998 (taux < 0,1 cas par 100 000 personnes). Cependant, à compter de 2001, une tendance à la hausse se dessine. En 2003, l'explosion du nombre de cas déclarés confirme la tendance. Depuis, l'épidémie évolue à un rythme rapide et soutenu. Si bien qu'en 2005, avec 255 cas déclarés (dont 74 syphilis primaires, 131 syphilis secondaires et 50 syphilis latentes de moins d'un an) et un taux d'incidence à 3,4 cas par 100 000, la syphilis infectieuse est revenue à son niveau de 1985. Les données préliminaires de 2006 montrent une poursuite de l'épidémie. On estime ainsi que le nombre de cas de syphilis en phase infectieuse devrait se chiffrer autour de 400 (soit une nouvelle hausse de 56 % par rapport à 2005) et le taux d'incidence, à 5,2 cas par 100 000. Depuis l'année 2000, près de 1 000 cas ont été rapportés au fichier MAD0 (en date du 9 septembre 2006).

Les femmes demeurent peu touchées : 5 cas en 2003, 13 en 2004, 6 en 2005 et 7 cas projetés en 2006. Les hommes constituent la presque totalité des cas (97 % en 2005). La majorité d'entre eux (60 %) sont âgés entre 35 et 49 ans, ceux de 40-44 ans étant les plus touchés avec un taux d'incidence de 23 pour 100 000. À l'été 2006, pour la première fois depuis le début de l'épidémie, un cas a été signalé chez un adolescent appartenant au groupe des 15-19 ans. Au cours des six dernières années, deux cas de syphilis congénitale ont été rapportés au registre MAD0.

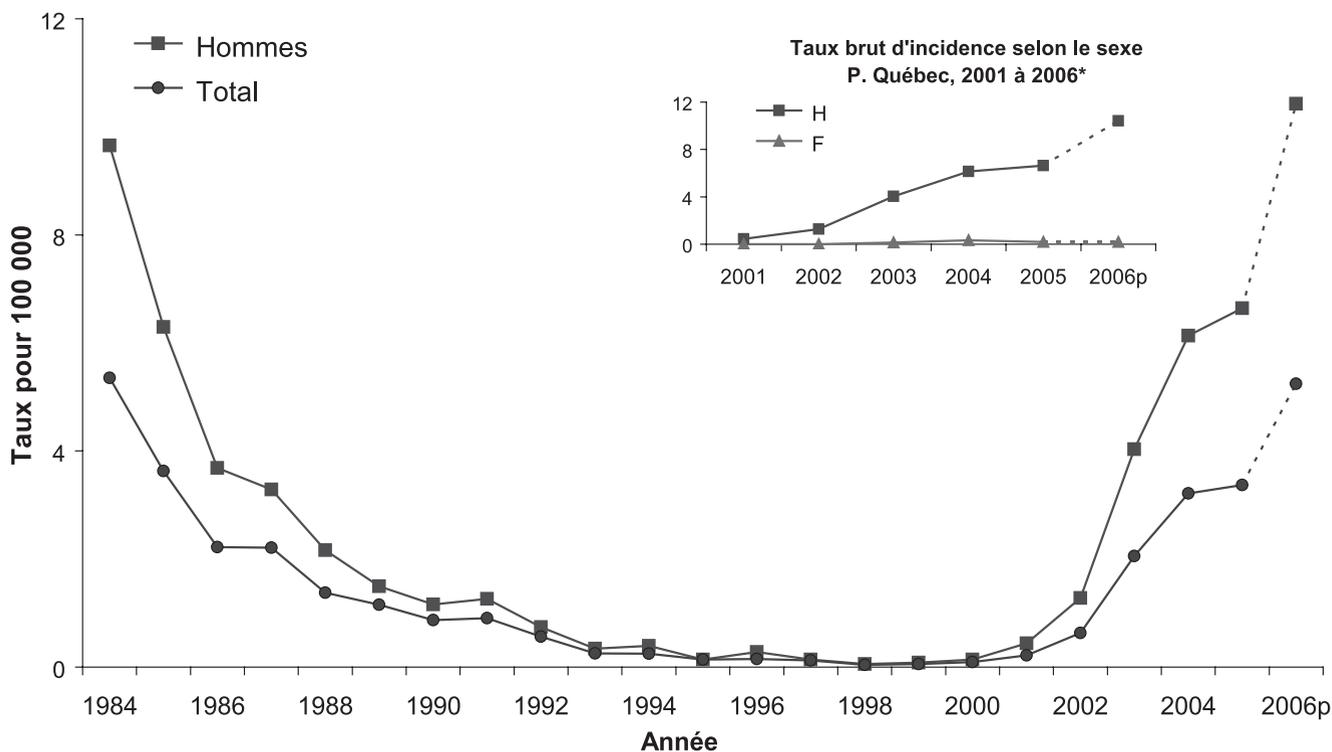
Au départ, l'éclosion touchait surtout la région de Montréal. Elle s'est par la suite propagée dans plusieurs régions du Québec. En 2005, avec 70 % des cas, Montréal affiche, et de loin, le plus haut taux, soit 9,5 par 100 000 (16,3 projeté pour 2006). Les autres régions touchées sont, par ordre décroissant, la Capitale-Nationale (2,7), la Montérégie (2,1), le Saguenay-Lac-Saint-Jean (1,8), Laval (1,6), la Chaudière-Appalaches (1,3) et Lanaudière (1,2).

Selon les enquêtes réalisées dans le cadre de la surveillance de la syphilis infectieuse (données provinciales, août 2004 à juillet 2005), les HARSAH constituent la très grande majorité des cas de syphilis infectieuse (88 % pour l'ensemble du Québec; 93 % dans la région de Montréal), et 7 % d'entre eux ont eu des partenaires masculins et féminins au cours de la dernière année. Près des deux tiers (63 %) des HARSAH ont eu des relations sexuelles dans un sauna au cours de la période d'incubation. Les relations sexuelles en échange d'argent ou de drogue semblent avoir joué un rôle marginal dans l'éclosion récente de la syphilis. Par ailleurs, la très grande majorité des cas semblent avoir été acquis de manière endémique au sein de la communauté québécoise plutôt qu'à l'occasion de relations sexuelles avec un non-résident du Québec. Enfin, selon les données montréalaises disponibles, plus de la moitié (58 %) des HARSAH chez qui a été diagnostiquée une syphilis infectieuse en 2005 sont reconnus comme étant infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

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

Syphilis infectieuse : Taux brut d'incidence

P. Québec, 1990 à 2006*

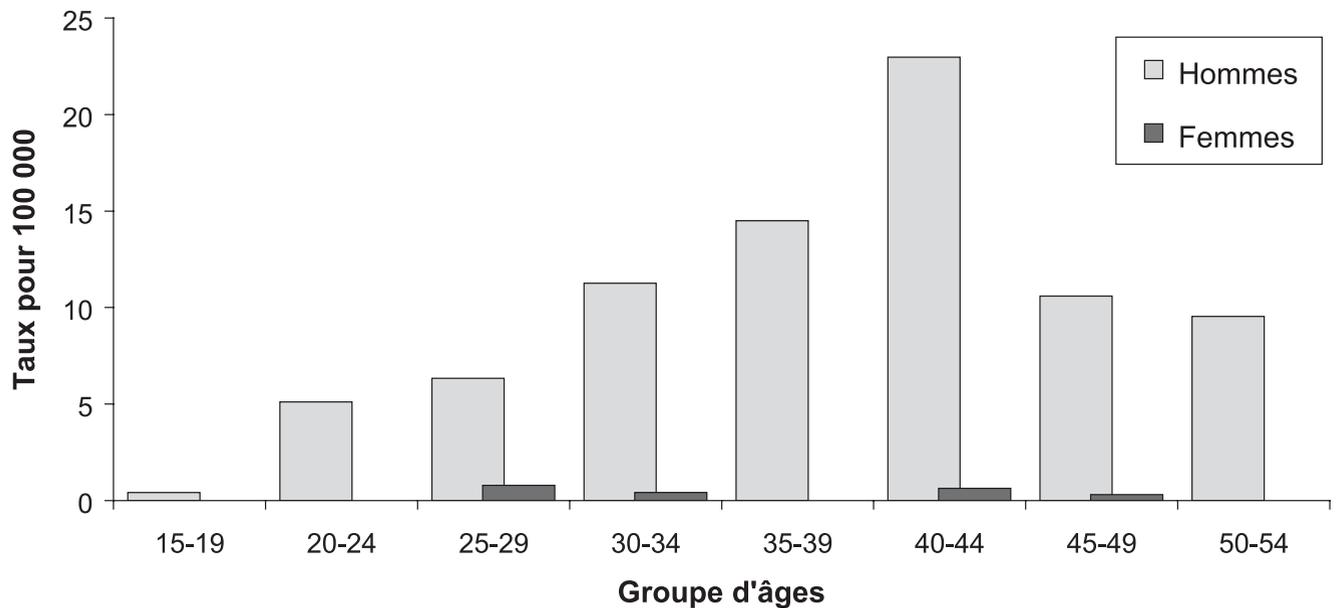


Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-année. Pour 2006, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006).

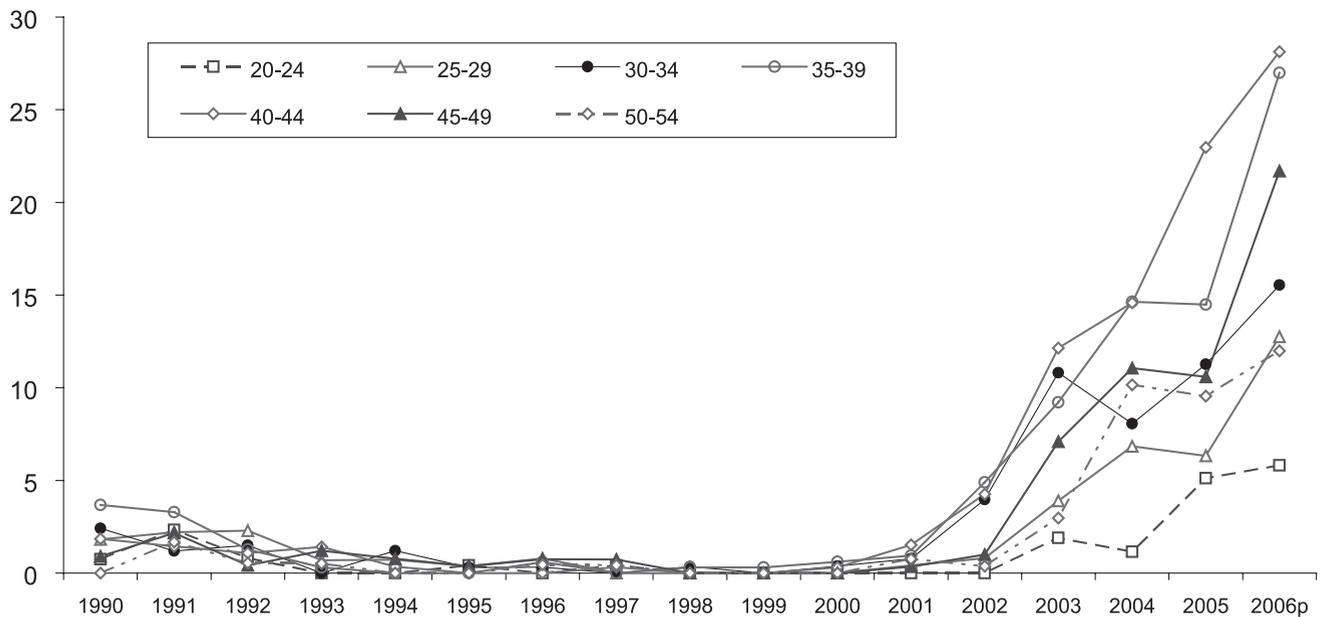
Syphilis infectieuse : Taux d'incidence selon l'âge et le sexe

P. Québec, 2005



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

Syphilis infectieuse : taux brut d'incidence pour certains groupes d'âges – Hommes – P. Québec, 1990 à 2006*



Source : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

* Taux exprimé pour 100 000 personnes-année. Pour 2006, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des neuf premières périodes (soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006).

VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)

La surveillance du VIH a longtemps été basée sur des estimations, notamment à partir des résultats des études épidémiologiques effectuées auprès de diverses populations vulnérables. Elle repose également sur des données provenant des spécimens soumis au Laboratoire de santé publique du Québec. Depuis le 1^{er} avril 2002, les cas diagnostiqués font en outre l'objet d'une collecte obligatoire de renseignements.

1. Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection au VIH

Les estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection par le VIH produites pour la province de Québec par l'Agence canadienne de santé publique (ACSP) présentent, outre des estimations ponctuelles, les étendues d'incertitude associées afin de mieux refléter l'imprécision de ces données. Il s'agit d'une démarche effectuée périodiquement, à quelques années d'intervalle. Les estimations les plus récentes datent de 2005.

Prévalence

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

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

Incidence

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

Ces nouveaux cas d'infection au VIH (2005) sont constitués de 290 à 600 HARSAH (47 %), de 100 à 220 UDI (17 %), de 100 à 230 hétérosexuels originaires d'un pays endémique (17 %), de 90 à 190 hétérosexuels originaires d'un pays non endémique (15 %), de 25 à 55 HARSAH qui sont également UDI (4 %), et moins de 10 cas sont attribuables à d'autres expositions. Les femmes représentent 22 % de l'ensemble des cas incidents, plus précisément 31 % des cas UDI et 52 % des cas hétérosexuels/pays endémique et pays non endémique combinés.

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

SEXES RÉUNIS

	HARSAH	HARSAH ET UDI	UDI	CONTACT HÉTÉROSEXUEL PAYS ENDÉMIQUE	CONTACT HÉTÉROSEXUEL PAYS NON ENDÉMIQUE	AUTRE	TOTAL
Nombre	8 660	770	2 530	2 450	1 900	140	16 460
Étendue	7 000 – 10 300	500 – 1 050	2 000 – 3 100	1 800 – 3 100	1 400 – 2 400	90 – 190	13 300 – 19 600
% du total	53 %	5 %	15 %	15 %	12 %	1 %	

FEMMES

	UDI	Contact hétérosexuel combiné	Autre	TOTAL
Nombre	790	2,350	40	3,180
Étendue	570-1,010	1,860-2,840	20-60	2,540-3,820
% approximatif du total chez les femmes	25 %	74 %	1 %	
% approximatif du total de femmes pour cette catégorie d'exposition	31 %	54 %	29 %	19 %

Source : Archibald C, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de santé de la population et de la santé publique, ACSP, mise à jour : octobre 2006.

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

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

SEXES RÉUNIS

	HARSAH	HARSAH ET UDI	UDI	CONTACT HÉTÉROSEXUEL PAYS ENDÉMIQUE	CONTACT HÉTÉROSEXUEL PAYS NON ENDÉMIQUE	AUTRE	TOTAL
Étendue	290 – 600	25 – 55	100 – 220	100 – 230	90 – 190	<10	500 – 1 400
% du total	47 %	4 %	17 %	17 %	15 %		

*Mise à jour : octobre 2006

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

FEMMES

	UDI	Contact hétérosexuel combiné	Autre	TOTAL
Étendue	25 - 75	100 - 220	<10	145 - 275
% approximatif du total chez les femmes	24 %	76 %	<1 %	
% approximatif du total de femmes pour cette catégorie d'exposition	31 %	52 %	–	22 %

Source : Archibald C, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de santé de la population et de la santé publique, ACSP, mise à jour : octobre 2006.

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

Définition des catégories d'exposition

- HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes;
- HARSAH et UDI,
- UDI : utilisateurs de drogues par injection
- Contact hétérosexuel/pays endémiques : hétérosexuels non-UDI, originaires d'un pays où les contacts hétérosexuels constituent le mode prédominant de transmission du VIH et où la prévalence du VIH est élevée (surtout des pays de l'Afrique subsaharienne et les Caraïbes),
- Contact hétérosexuel/pays non endémiques : contacts hétérosexuels avec une personne infectée par le VIH ou à risque de contracter le VIH, ou encore personne pour qui les contacts hétérosexuels constituent le seul facteur de risque connu.
- Contact hétérosexuel combiné : contact hétérosexuel non-UDI pays endémiques et non endémiques
- Autres : receveurs de transfusions sanguines ou de facteurs de coagulation et cas de transmission périnatale et professionnelle. Les infections dans cette catégorie sont peu nombreuses et principalement dues à la transmission périnatale.

2. Tests de sérologie anti-VIH

Données du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ)

Tests de sérologie anti-VIH

Données du Laboratoire de santé publique du Québec

Année	Nombre de spécimens testés (EIA)	Nombre et proportion de spécimens confirmés positifs par le LSPQ		Nombre minimal de personnes séropositives après exclusion la plus complète possible des doublons
		Nombre	%	
1985-1994	722 365	22 366	3,1 %	7 146
1995	138 575	2 473	1,8 %	624
1996	162 275	2 473	1,5 %	672
1997	189 012	2 251	1,2 %	628
1998	210 113	1 873	0,9 %	567
1999	215 723	2 061	1,0 %	568
2000	221 404	1 863	0,8 %	493
2001	225 591	1 674	0,7 %	526
2002	214 253	1 634	0,8 %	620
2003	252 189	1 918	0,8 %	Nd
2004	279 427	1 708	0,6 %	Nd
2005	289 888	1 715	0,6 %	Nd
2006*	183 159	1 084	0,6 %	Nd

Source : Programme de diagnostic de l'infection par le VIH, Laboratoires de santé publique du Québec.

* Données au 12 août 2006.

La colonne *Nombre de spécimens testés (EIA)* représente le nombre total de spécimens analysés pour l'anti-VIH par les hôpitaux du Québec. La colonne *Nombre et proportion de spécimens confirmés positifs par le LSPQ* représente le nombre total d'échantillons anti-VIH soumis par les centres participants¹ pour lesquels la présence d'anticorps VIH a été confirmée. Les données de la colonne *Nombre minimal de personnes séropositives après exclusion la plus complète possible des doublons* sont fondées sur le nombre minimal de personnes séropositives qui ont subi un test au Québec et qui ont un identificateur unique. En réalité, le nombre de personnes qui ont eu un test positif est plus élevé, mais certaines d'entre elles ne sont pas incluses car leurs codes non uniques ne permettent pas de repérer les doublons et, conséquemment, de faire un compte exact. Enfin, ce nombre minimal de personnes séropositives ne tient pas compte des enfants âgés de moins de 2 ans.

1. Les centres participants sont les laboratoires (publics et privés) desquels le LSPQ reçoit non seulement les spécimens testés.

3. Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec

Le Programme de surveillance de l'infection par le VIH est entré en vigueur le 18 avril 2002. Dès lors, tous les tests positifs de dépistage de l'infection par le VIH font obligatoirement l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques auprès du médecin qui a demandé le test, qu'il s'agisse d'un nouveau diagnostic ou de la confirmation d'un diagnostic antérieur².

Ancien diagnostic : Les cas déclarés comme *ancien diagnostic* sont ceux dont le résultat du dernier test a été confirmé positif et qui, selon les renseignements fournis par le médecin ayant prescrit le test, avaient eu par le passé un test de dépistage de l'infection positif.

Nouveau diagnostic : Les cas déclarés comme *nouveau diagnostic* sont ceux dont le résultat du dernier test a été confirmé positif et qui, selon les renseignements fournis par le médecin ayant prescrit le test, n'avaient auparavant jamais subi de test de dépistage de l'infection, ou ceux dont l'avant-dernier test de dépistage de l'infection s'était révélé négatif. Un nouveau diagnostic n'implique pas nécessairement que l'infection est récente.

Depuis le début des activités de surveillance, 3 158 cas ont été répertoriés, soit 1 545 anciens diagnostics et 1 611 nouveaux. Tous ces cas représentent autant de personnes différentes dont le test VIH s'est avéré positif et chez qui la collecte de données a été complétée³. Le système de surveillance ayant débuté en avril 2002, l'analyse de tendance n'est véritablement pertinente qu'à compter de l'année 2003.

Le nombre annuel d'anciens diagnostics déclarés a diminué de 34 % entre 2003 et 2005; puisque l'infection par le VIH est chronique et qu'un seul test de confirmation suffit à établir le diagnostic, on doit donc s'attendre à ce que le nombre des anciens cas diagnostiqués diminue dans le temps. Quant au nombre de cas nouvellement diagnostiqués, s'il accuse une légère augmentation (7 %) entre 2004 et 2005, on ne peut cependant parler d'une tendance à la hausse. Le nombre de nouveaux diagnostics déclarés pour 2003, 2004 et 2005 s'élève à 473, à 402 et à 429.

Les individus de sexe masculin représentent plus des trois quarts (77 %) de l'ensemble des cas diagnostiqués et 80 % des nouveaux diagnostics. La répartition selon le sexe est sensiblement la même chaque année. L'âge moyen de l'ensemble des cas diagnostiqués s'établit à 40,5 ans (41,4 ans pour les hommes et 37,6 ans pour les femmes), et à 39,7 ans pour les nouveaux diagnostics. Tant chez les anciens que chez les nouveaux cas diagnostiqués, le groupe des 25-49 ans représente environ 76 %. Chez les 15-24 ans, le nombre de nouveaux diagnostics a légèrement diminué en 2005 par rapport à 2004, autant chez les hommes que chez les femmes.

Les deux tiers (67 %) de l'ensemble des cas viennent de la région de Montréal, 9 % de la Capitale-Nationale et 7 % de la Montérégie. Les régions de la Mauricie et du Centre du Québec, de l'Outaouais, de Laval, de Lanaudière et des Laurentides ont déclaré chacune entre 2 % et 3 % des cas. Les mêmes proportions sont constatées pour les nouveaux diagnostics, et la situation reste stable entre 2003 et 2005.

2. Institut national de santé publique du Québec, *Rapport du Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Cas cumulatifs 2002-2005*, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2006.

3. Un total de 1 611 spécimens positifs avaient été prélevés sur des personnes qui n'avaient pu faire l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques, et 65 % de ces spécimens n'étaient pas reliés à un NAM du Québec (il s'agissait par exemple d'immigrants ou de réfugiés, ou encore de personnes testées dans un centre de dépistage anonyme ou dans le cadre d'un projet de recherche); ces spécimens ont été exclus des analyses présentes. Il est possible que certaines de ces personnes aient été testées préalablement ou ultérieurement avec un NAM dans le cadre de l'administration de soins, et qu'elles figurent ainsi parmi les personnes chez qui une cueillette de données épidémiologiques a pu être complétée.

Catégorie principale d'exposition

Hommes et femmes regroupés

- Les HARSAH représentent la catégorie d'exposition la plus importante, avec 44 % de l'ensemble des cas et 51 % des nouveaux diagnostics. En 2005, 241 HARSAH ont été nouvellement diagnostiqués, contre 200 en 2004, ce qui correspond à une hausse de 21 %.
- La deuxième catégorie en importance est celle des UDI, avec 20 % de l'ensemble des cas et 14 % des nouveaux diagnostics. En 2005, 41 UDI ont été nouvellement diagnostiqués, contre 44 en 2004 et 76 en 2003 (diminution globale de 24 % entre 2003 et 2005).
- Les personnes originaires d'un pays endémique représentent 16 % de l'ensemble des cas et aussi 16 % des nouveaux diagnostics. Cette proportion est plutôt constante depuis le début de la surveillance. En 2005, 64 personnes originaires d'un pays endémique ont été nouvellement diagnostiquées.
Plus de la moitié (57 %) de l'ensemble des personnes originaires d'un pays endémique chez qui on a diagnostiqué une infection au VIH sont des femmes.
- Les contacts hétérosexuels à risque et les contacts hétérosexuels sans aucun risque identifié représentent respectivement 5 % et 8 % de l'ensemble des cas (5 % et 9 % des nouveaux diagnostics). Ces proportions varient peu d'une année à l'autre.
- La part relative des sujets à la fois HARSAH et UDI, elle aussi stable, s'élève à 4 % de l'ensemble des cas et à 3 % des nouveaux diagnostics.
- Les cas de transmission mère-enfant comptent pour 0,9 % de l'ensemble des cas (1,1 % des nouveaux diagnostics). En fait, 17 cas de transmission mère-enfant ont été nouvellement diagnostiqués entre 2002 et 2005 (7 cas au cours de la seule année 2005). Ces sujets sont tous d'une origine ethnoculturelle autre que canadienne. L'Afrique subsaharienne arrive en tête avec 10 cas, suivie d'Haïti avec 5 cas.
- Enfin, l'importance relative des catégories « Receveur de produits sanguins » et « Receveur de facteurs de coagulation » est très faible, chacune comptant pour moins de 0,5 % de l'ensemble des cas (et également pour moins de 0,5 % des nouveaux diagnostics). En 2005, aucun cas n'a été associé à l'administration de produits sanguins, ni à des facteurs de coagulation.

Femmes seulement

La principale catégorie chez les femmes est celle des sujets originaires d'un pays endémique (44 %), suivie par les UDI (26 %), les contacts hétérosexuels sans aucun risque identifié (14 %) et les contacts hétérosexuels à risque (12 %). En 2005, 37 femmes originaires d'un pays endémique ont été nouvellement diagnostiquées, contre 49 en 2003; 13 femmes UDI ont été nouvellement diagnostiquées, contre 16 en 2004 et 23 en 2003, alors que respectivement 16 et 15 femmes avec contact hétérosexuel sans aucun risque identifié et avec contact hétérosexuel à risque ont été nouvellement diagnostiquées, contre 12 et 8 en 2003.

Les résultats d'études épidémiologiques québécoises portant sur la prévalence de l'infection au VIH au sein de diverses populations sont présentés à l'annexe 3. Les prévalences suivantes ont été rapportées : UDI : 14,7 %, HARSAH : 12,5 %, personnes incarcérées (UDI et non UDI amalgamées) : 3,4 %, personnes originaires d'un pays fortement endémique (Haïti) : 1,3 %, Jeunes de la rue (UDI et non UDI amalgamés) : 0,9 %.

Répartition des cas anciens et nouveaux pour lesquels la collecte de renseignements épidémiologiques a été complétée, selon le sexe et l'année du prélèvement, 2002 à 2005

	Année du prélèvement ¹				Total
	2002	2003	2004	2005	
Anciens diagnostics²					
Sexe masculin	272	348	305	228	1153
Sexe féminin	92	124	92	84	392
Sous total	364	472	397	312	1545
Nouveaux diagnostics³					
Sexe masculin	243	379	313	345	1280
Sexe féminin	64	94	89	84	331
Sous total	307	473	402	429	1611
Total	671	946⁴	799	742⁵	3158

Source : Institut national de santé publique du Québec, *Rapport du Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Cas cumulatifs 2002–2005*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2006.

1. Pour l'année 2002, le nombre de spécimens pour lesquels la collecte a été complétée ne couvre qu'une période de 8 mois et demi en raison de la date d'entrée en vigueur du système (le 18 avril 2002).
2. Ancien diagnostic : antécédent connu de test anti-VIH positif.
3. Nouveau diagnostic : aucun antécédent connu de test anti-VIH positif.
4. Inclut une personne transsexuelle (homme devenu femme) dans le groupe des anciens diagnostics.
5. Inclut un cas de sexe non précisé dans le groupe des anciens diagnostics.

Classification selon la catégorie principale d'exposition

Les cas sont classés dans des catégories d'exposition mutuellement exclusives. La hiérarchie de ce classement est largement inspirée de celle utilisée dans la classification des cas de sida et est basée sur les caractéristiques épidémiologiques de l'infection par le VIH au Québec. L'attribution de la catégorie principale d'exposition est basée sur le mode d'acquisition le plus probable selon les informations fournies par le médecin auprès de qui la collecte de renseignements épidémiologiques a été faite.

Des efforts particuliers sont fournis afin d'obtenir la catégorie d'exposition de tous les cas qui font l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques. Toutefois, cette information n'est pas toujours disponible. Ces cas peuvent donc être comptabilisés dans la catégorie « sans risque connu (SRC) ».

Répartition des cas anciens et nouveaux (N, %) pour lesquels la collecte de renseignements épidémiologiques a été complétée, selon la catégorie principale d'exposition et l'année du prélèvement, P. Québec, 2002 à 2005

Catégories d'exposition	Année du prélèvement								Total	
	2002		2003		2004		2005			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HARSAH	270	40,2	415	43,9	363	45,4	351	47,3	1399	44,3
HARSAH et UDI	26	3,9	39	4,1	38	4,8	28	3,8	131	4,1
UDI	164	24,4	211	22,3	133	16,6	114	15,4	622	19,7
Receveur de produits sanguins	5	0,7	2	0,2	5	0,6	5	0,7	17	0,5
Receveur de facteur de coagulation	4	0,6	3	0,3	1	0,1	2	0,3	10	0,3
Originaire d'un pays endémique	109	16,2	147	15,5	130	16,3	124	16,7	510	16,1
Contact hétérosexuel à risque	30	4,5	42	4,4	37	4,6	37	5,0	146	4,6
Aucun risque identifié – contact hétérosexuel	52	7,7	71	7,5	77	9,6	61	8,2	261	8,3
Aucun risque identifié	6	0,9	13	1,4	9	1,1	6	0,8	34	1,1
Transmission mère - enfant	5	0,7	3	0,3	6	0,8	14	1,9	28	0,9
Total	671	100,0	946	100,0	799	100,0	742	100,0	3158	100,0

Source : Institut national de santé publique du Québec, *Rapport du Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Cas cumulatifs 2002-2005*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2006.

Répartition des cas nouvellement diagnostiqués¹ (N, %) pour lesquels la collecte de renseignements épidémiologiques a été complétée, selon la catégorie principale d'exposition et l'année du prélèvement, P. Québec, 2002 à 2005

Catégories d'exposition	Année du prélèvement								Total	
	2002		2003		2004		2005			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HARSAH	148	48,2	239	50,5	200	49,8	241	56,2	828	51,4
HARSAH et UDI	4	1,3	19	4,0	14	3,5	9	2,1	46	2,9
UDI	57	18,6	76	16,1	44	10,9	41	9,6	218	13,5
Receveur de produits sanguins	1	0,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,1
Receveur de facteur de coagulation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Originaire d'un pays endémique	47	15,3	73	15,4	71	17,7	64	14,9	255	15,8
Contact hétérosexuel à risque	16	5,2	25	5,3	20	5,0	23	5,4	84	5,2
Aucun risque identifié – contact hétérosexuel	28	9,1	34	7,2	43	10,7	39	9,1	144	8,9
Aucun risque identifié	2	0,7	5	1,1	5	1,2	5	1,2	17	1,1
Transmission mère - enfant	4	1,3	2	0,4	4	1,0	7	1,6	17	1,1
Total	307	100,0	473	100,0	402	100,0	429	100,0	1611	100,0

Source : Institut national de santé publique du Québec, *Rapport du Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Cas cumulatifs 2002-2005*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2006.

1. Nouveau diagnostic : aucun antécédent connu de test anti-VIH positif.

Définition des catégories principales d'exposition selon la hiérarchie utilisée pour les cas d'infection au VIH

Homme homosexuel/bisexuel (HARSAH) : homme ayant rapporté des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Homme homosexuel/bisexuel et utilisateur de drogues par injection (HARSAH/UDI) : homme ayant rapporté à la fois des relations sexuelles avec d'autres hommes et s'être injecté des drogues illicites.

Utilisateur de drogues par injection (UDI) : personne qui s'est injectée des drogues illicites.

Personne originaire d'un pays endémique : un pays endémique pour le VIH est un pays ayant un taux important d'infections par le VIH et où le mode prédominant de transmission serait le contact hétérosexuel. Ces pays se situent principalement dans la région africaine subsaharienne et dans certains pays des Caraïbes.

Contact hétérosexuel à risque : personne ayant eu un partenaire vivant avec le VIH ou le Sida ou un partenaire appartenant à l'une des catégories principales d'exposition.

Receveur de produits sanguins ou Receveur de facteurs de coagulation : personne ayant reçu des transfusions de sang entier ou de composants sanguins et chez qui l'enquête a démontré l'acquisition de l'infection en lien avec la transfusion ou personne ayant reçu des facteurs de coagulation, entre autres les facteurs VIII et IX.

Aucun risque identifié – contact hétérosexuel : personne pour laquelle aucun des facteurs de risque pour l'infection par le VIH n'a été identifié et qui aurait eu des contacts sexuels avec des personnes du sexe opposé.

Aucun risque identifié : personne pour laquelle l'information sur les facteurs de risque disponible auprès du médecin ayant prescrit le test, est incomplète ou non disponible.

Transmission mère-enfant : cas pour lequel l'infection par le VIH a été transmise à un enfant par la mère lors de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement maternel.

4. Programme de surveillance de la femme enceinte

Depuis l'entrée en vigueur du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, en juillet 1997, 519 femmes enceintes réparties sur l'ensemble du territoire québécois ont été suivies à l'Hôpital Sainte-Justine ou de façon conjointe. Plus de la moitié (56 %) d'entre elles connaissaient leur condition avant la grossesse, 39 % ont été dépistées pendant leur grossesse et 5 % après leur grossesse; ces dernières n'ont donc pas eu accès aux traitements préventifs. En 2004 et 2005, aucune femme n'a été dépistée après sa grossesse.

D'après la distribution de ces femmes selon la catégorie d'exposition, au moins⁴ 60 % d'entre elles sont originaires d'un pays où l'infection est endémique; 25 % présentent le facteur de risque contact sexuel et 10 % ont été infectées par le VIH en utilisant des drogues par injection. Enfin, le Programme a suivi deux femmes enceintes qui ont été infectées par leur mère (transmission verticale).

Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH selon la catégorie d'exposition et la date du dépistage. 1997* à 2005

Catégories d'exposition	1997*	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	
										N	%
UDI	6	6	7	9	5	7	3	6	1	50	10 %
Originnaire d'un pays endémique	10	28	33	31	46	33	46	44	47	318	61 %
Contact sexuel	5	7	13	14	15	17	25	17	15	128	25 %
Sans facteur de risque connu**		6	1	3	4		1			15	3 %
Réception de produits sanguins hors Canada			2			1	1	1		5	1 %
Transmission verticale (mère-enfant)									2	2	0 %
Sous-total	21	47	56	57	70	58	76	68	65	518	100 %
Information manquante							1			1	
TOTAL	21	47	56	57	70	58	77	68	65	519	

Source : J. Samson et N. Lapointe, *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse*, Centre maternel et infantile sur le sida, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, octobre 2006.

* Le programme n'ayant débuté qu'en juillet, les chiffres pour l'année 1997 ne portent que sur une période de six mois (juillet-décembre).

** Ces femmes n'avaient identifié aucun facteur de risque pour elle-même. Elles ont vraisemblablement été infectées par contact sexuel.

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

5. Programme de surveillance du sida

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

Depuis l'apparition des premiers cas de sida au début des années 80, jusqu'à juin 2004, plus de 6 000 cas ont été déclarés au Québec. Le nombre de cas chez les femmes représente 12% de l'ensemble des cas cumulés. On trouve de 75% à 83% des cas dans la région de Montréal, 6% des cas en Montérégie et 5% des cas dans la région de la Capitale-Nationale. L'incidence annuelle a atteint un sommet au cours des années 1993 et 1994 pour ensuite diminuer graduellement, passant de 577 cas en 1994 à moins de 100 à compter de 2001.

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

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

Source : Institut de la santé publique du Québec, *Rapport du Programme de surveillance du sida du Québec, Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Cas cumulatifs 1979-2004, mise à jour au 30 juin 2004, Province de Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 2004.

* les six premiers mois de 2004.

Le tableau ci-dessus présente la proportion de cas appartenant à chacune des catégories d'exposition parmi tous les cas masculins (y compris les enfants). L'importance de chaque catégorie est donc liée à celle des autres catégories.

Jusqu'à la fin de 1992, les HARSAH représentaient 76% de tous les cas masculins déclarés. Par la suite, l'importance relative de ce groupe a diminué, pour atteindre 52% durant la période 1999-2001. Elle est cependant remontée à 63% au cours de la période allant de janvier 2002 à juin 2004. La proportion de cas déclarés chez les hommes UDI, y compris les HARSAH-UDI, a augmenté de 1979 à 2001, passant de 7% à 24%, pour ensuite baisser à 16%. La proportion de cas chez les hommes originaires d'un pays endémique a constamment augmenté, pour atteindre un sommet de 9% en 2002-2004. La proportion d'hommes infectés par contact hétérosexuel a également augmenté à 2% autour de 1999 et semble se maintenir à ce niveau depuis. Enfin, la majorité des cas de sida des catégories « Transfusé » et « Facteurs de coagulation » diagnostiqués depuis 1985 ont contracté l'infection avant novembre 1985.

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

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

Source : Institut de la santé publique du Québec, *Rapport du Programme de surveillance du sida du Québec, Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Cas cumulatifs 1979-2004, mise à jour au 30 juin 2004, Province de Québec, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 2004.*

* les six premiers mois de 2004.

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

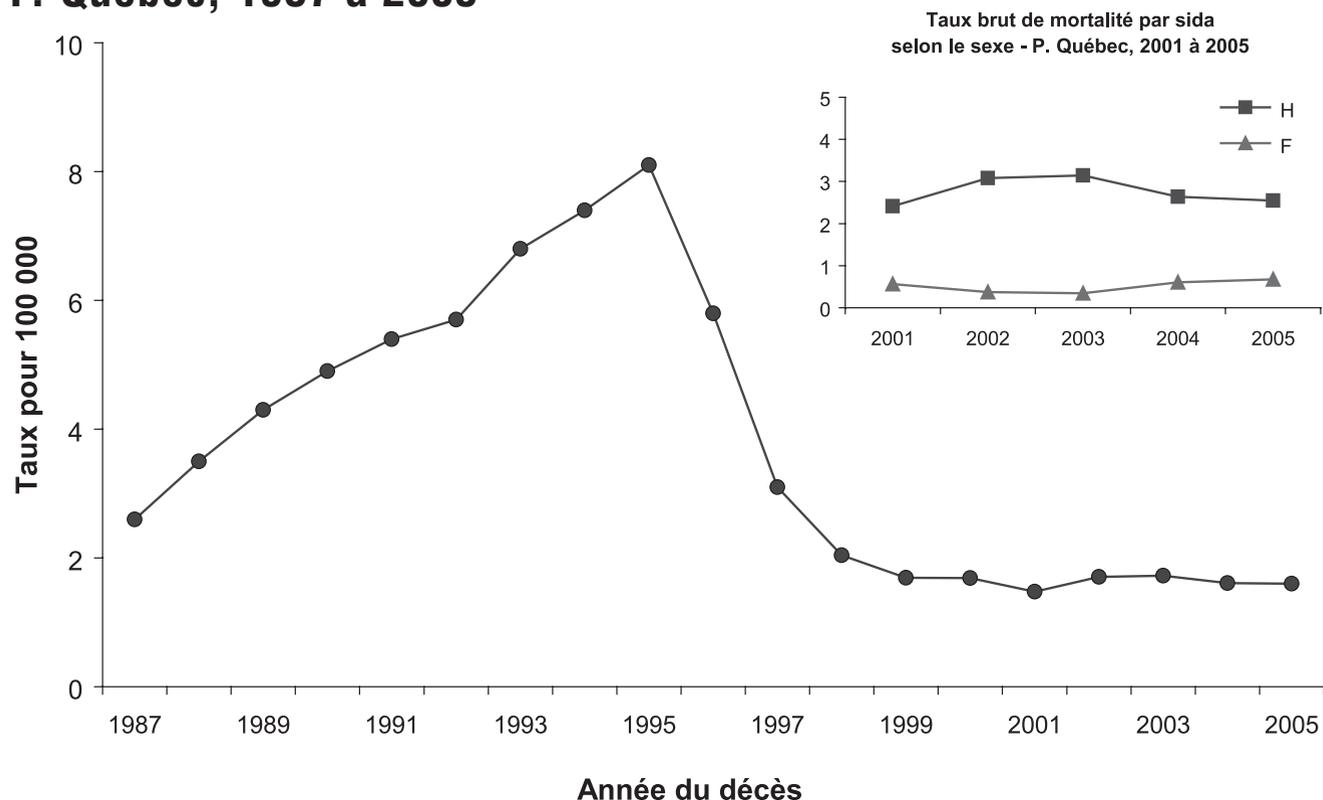
Les femmes originaires d'un pays endémique ont toujours représenté la proportion la plus importante des cas féminins de sida, même si cette proportion a connu certaines variations entre les périodes étudiées. Par ailleurs, la proportion de cas déclarés chez les femmes UDI a augmenté constamment, passant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

6. Mortalité due au sida

Au Québec, entre 1983 et 2005, 5 323 décès ont été associés au sida. Entre 1987 et 1995, le taux de mortalité associé au sida a augmenté de façon dramatique, pour atteindre un sommet. C'est en effet en 1995 qu'on enregistre le plus grand nombre de décès par sida au Québec, soit 586, dont 90% sont de sexe masculin. Le taux s'élève alors à 8,1 par 100 000 personnes. À compter de 1996, la mortalité liée au sida recule de façon spectaculaire, si bien qu'en 2001, le taux chute à un plancher de 1,5 par 100 000 personnes, soit une baisse de 82% par rapport à 1995. Une légère hausse a été enregistrée en 2002 et 2003 (taux de 3,1 par 100 000), suivie d'une nouvelle baisse en 2004 et 2005. En 2005, le taux s'établit à 1,6 par 100 000, soit 121 décès, dont 78% chez des hommes. Parmi les hommes décédés, 34% étaient âgés entre 35 et 44 ans, 39% entre 45 et 54 ans et 20% entre 55 et 74 ans.

Taux brut de mortalité par sida – Sexes réunis

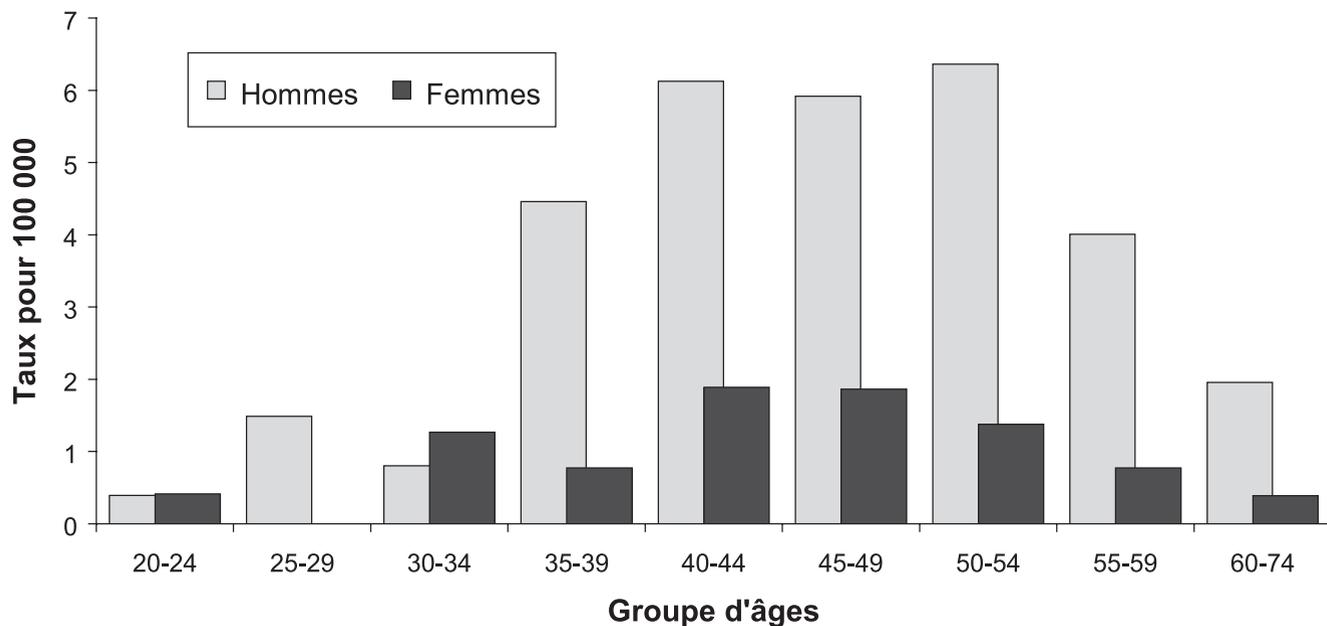
P. Québec, 1987 à 2005



Source : Institut de la statistique du Québec, *Fichier des décès*, 2005 (fichier non fermé), communication personnelle de Louis Duchesne.

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

P. Québec, 2005



Source : Institut de la statistique du Québec, *Fichier des décès*, 2005 (fichier non fermé), communication personnelle de Louis Duchesne.

SOURCES DES DONNÉES

ADRIEN, A., LEAUNE, V., REMIS, R. et al. Migration and HIV: An epidemiological study of Montrealers of Haitian origin. *Int JSTD and AIDS* 1999; 10 (4); 237– 242.

ALARY, M., GODIN, G., LAMBERT, G. et al. *Étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention*. Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec l'Unité de recherche en santé des populations, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec et le Département de médecine sociale et préventive, Université Laval. Février 2005. http://www.uresp.ulaval.ca/telechargements/Prison_fevrier_2005.pdf

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

ALLARD, P.R. et PARENT, R. *Vigie intensifiée de l'hépatite C au Québec. Cas déclarés entre avril 2002 et mars 2004*. Institut national de santé publique du Québec. Document de travail. Octobre 2006.

ARCHIBALD, C., GEDULD, J. et al. *Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection au VIH et étendues d'incertitude associées, par catégorie d'exposition, Province de Québec 2005*. Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de santé de la population et de la santé publique, Agence canadienne de santé publique. Communication personnelle (données non publiées). Octobre 2006.

DIABATE, S.; ALARY, M., FAUVEL, M., PARENT, R. et al. *Rapport de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Cas cumulatifs 2002-2005*. 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. Septembre 2006. <http://www.inspq.qc.ca> voir Publications

CLAESSENS, C. *Programme de diagnostic de l'infection par le VIH. Données sur les tests de sérologie anti-VIH*. Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec. Communication personnelle. Octobre 2006.

DUCHESNE, L. *Données de mortalité par sida*. Institut de la statistique du Québec. Communication personnelle. Octobre 2006.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Rapport du Programme de surveillance du sida du Québec, Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Cas cumulatifs 1979-2004, mise à jour au 30 juin 2004, Province de Québec*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Novembre 2004.

<http://www.inspq.qc.ca> voir Publications

JETTÉ, L. et RINGUETTE L. *Rapport de surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques au Québec pour l'année 2005*. Institut national de santé publique du Québec. 2006.

LAMBERT, G. *État de situation de la syphilis infectieuse au Québec*. Direction et de la santé publique, Agence de santé et de services sociaux de Montréal. Mars 2006.

LAMBERT, G. et TREMBLAY C. *Vigie intensifiée de la lymphogranulomatose au Québec, cas déclarés entre le 1^{er} août 2004 et le 31 juillet 2005*. Direction et de la santé publique, Agence de santé et de services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Bureau de surveillance et de vigie (MSSS). Document de travail. Octobre 2006.

LAMBERT G., COX J., TREMBLAY, F., FRIGAULT, L.R., TREMBLAY, C. et al. *ARGUS 2005: Sommaire de l'enquête sur l'infection au VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risques associés chez les hommes de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH)*. Direction de santé publique de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence canadienne de santé publique. Juin 2006. <http://www.argusquebec.ca/resultats/SommaireArgus2005.pdf>

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

PARENT, R., ALARY, M., MORISSETTE, C., ROY, E. et al, *Epidémiologie du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogue par injection. Le réseau I-Track – SurvUDI. Rapport de surveillance, Epidémiologie du VIH 1995 à 2005; Epidémiologie du VHC 2003 à 2005*. Institut national de santé publique du Québec. Novembre 2006. <http://www.inspq.qc.ca> voir *Publications*

REMIS, R.S., ALARY, M., OTIS, J., DEMERS, D., et al. *Trends of incidence and sexual behaviour in a cohort of men who have sex with men (MSM) in Montreal, 1996-2003*. Can J Infect Dis 15(suppl A): 54A. 2004

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

SAMSON, J. et LAPOINTE, N. *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse*. Centre maternel et infantile sur le sida, Montréal, Hôpital Sainte-Justine. Communication personnelle. Octobre 2006.

Données du registre MADO du Laboratoire de santé publique du Québec, produites par le Bureau de surveillance et de vigie du Québec. Ministère de la santé et des services sociaux. Les données ont été extraites du registre MADO en date du 5 octobre 2006. Les projections pour l'année 2006 reposent sur le nombre de cas survenus au cours des 9 premières périodes de l'année.

ANNEXES



ANNEXE 1

Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence pour certaines ITSS population masculine – P. Québec (Taux exprimé pour 100 000 personnes-année)

Âge	Chlamydie génitale		Infection gonococcique		Hépatite B aiguë		Hépatite C		LGV		Syphilis infectieuse ¹	
	2005		2005		2004-2006p ²		2005		2005-2006p ²		2005	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
< 1 an	2	5,3	0	0,0	2	2,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0
01-14	3	0,5	1	0,2	1	0,1	2	0,3	0	0,0	0	0,0
15-19	414	174,6	44	18,6	1	4,2	14	5,9	0	0,0	1	0,4
20-24	1 342	528,5	158	62,2	8	16,7	58	22,8	4	0,9	13	5,1
25-29	932	347,1	141	52,5	7	19,3	94	35,0	4	0,9	17	6,3
30-34	461	185,5	94	37,8	13	16,7	137	55,1	9	2,1	28	11,3
35-39	246	91,4	91	33,8	11	13,2	255	94,8	10	2,2	39	14,5
40-44	160	49,0	90	27,6	16	10,9	320	98,0	13	2,4	75	23,0
45-49	77	24,0	55	17,1	8	8,2	314	97,8	10	1,8	34	10,6
50-54	45	15,9	31	11,0	14	8,6	217	76,7	3	0,6	27	9,5
55-64	45	10,1	20	4,5	16	1,3	146	32,7	3	0,4	12	2,7
65+	5	1,1	3	0,7	10	0,8	72	16,4	0	0,0	2	0,5
Inc	18		2									
Total	3 750	100,4	730	19,5	107	9,9	1 639	43,9	56	0,9	248	6,6

Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence pour certaines ITSS Population féminine – P. Québec (Taux exprimé pour 100 000 personnes-année)

Âge	Chlamydie génitale		Infection gonococcique		Hépatite B aiguë		Hépatite C		LGV		Syphilis infectieuse ¹	
	2005		2005		2004-2006p ²		2005		2005-2006p ²		2005	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
< 1 an	0	0,0	0	0,0	3	3,1	2	5,5	0	0,0	0	0,0
01-14	95	16,5	3	0,5	1	0,1	2	0,3	0	0,0	0	0,0
15-19	3 100	1368,9	56	24,7	1	0,2	19	8,4	0	0,0	0	0,0
20-24	3 336	1385,0	58	24,1	3	0,5	57	23,7	0	0,0	0	0,0
25-29	1 402	551,9	23	9,1	4	0,6	48	18,9	0	0,0	2	0,8
30-34	546	230,5	12	5,1	1	0,2	55	23,2	0	0,0	1	0,4
35-39	214	82,8	9	3,5	3	0,4	82	31,7	0	0,0	0	0,0
40-44	102	32,1	2	0,6	4	0,5	138	43,4	0	0,0	2	0,6
45-49	55	17,1	2	0,6	2	0,2	104	32,3	0	0,0	1	0,3
50-54	30	10,3	1	0,3	3	0,4	58	20,0	0	0,0	0	0,0
55-64	12	2,6	0	0,0	4	0,3	59	12,7	0	0,0	0	0,0
65+	8	1,3	0	0,0	2	0,1	99	16,3	0	0,0	1	0,2
Inc	22											
Total	8 922	232,9	166	4,3	31	0,3	730	19,1	0	0,0	7	0,2

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

1. Inclut tous les cas de syphilis latente moins d'un an, syphilis primaire et syphilis secondaire.
2. Pour 2006, les données couvrent la période du 1^{er} janvier au 9 septembre, soit les périodes 1 à 9 inclus.

Nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence pour certaines ITSS Sexes réunis – P. Québec (Taux exprimé pour 100 000 personnes-année)

Âge	Chlamydirose génitale		Infection gonococcique		Hépatite B aiguë		Hépatite C		LGV		Syphilis infectieuse ¹	
	2005		2005		2004-2006 ^{p2}		2005		2005-2006 ^{p2}		2005	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
< 1 an	2	2,7	0	0,0	5	2,5	3	4,0	0	0,0	0	0,0
01-14	98	8,3	4	0,3	2	0,1	4	0,3	0	0,0	0	0,0
15-19	3 515	758,1	100	21,6	2	0,2	33	7,1	0	0,0	1	0,2
20-24	4 683	946,4	218	44,1	11	0,8	116	23,4	4	0,5	13	2,6
25-29	2 337	447,2	165	31,6	11	0,8	144	27,6	4	0,4	19	3,6
30-34	1 007	207,4	106	21,8	14	1,1	193	39,8	9	1,1	29	6,0
35-39	460	87,2	101	19,1	14	1,0	340	64,4	10	1,1	39	7,4
40-44	263	40,8	92	14,3	20	1,2	459	71,2	13	1,2	77	11,9
45-49	132	20,5	57	8,9	10	0,6	419	65,2	10	0,9	35	5,4
50-54	75	13,1	32	5,6	17	1,1	275	48,0	3	0,3	27	4,7
55-64	57	6,3	20	2,2	20	0,8	205	22,5	3	0,2	12	1,3
65+	13	1,2	3	0,3	12	0,4	171	16,4	0	0,0	3	0,3
Inc	61		3									
Total	12 703	167,9	901	11,9	138	0,7	2 439	32,2	56	0,4	255	3,4

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

1. Inclut tous les cas de syphilis latente moins d'un an, syphilis primaire et syphilis secondaire.
2. Pour 2006, les données couvrent la période du 1^{er} janvier au 9 septembre, soit les périodes 1 à 9 inclus.

ANNEXE 2

Chlamydie génitale : Nombre de cas déclarés et taux d'incidence brut par région Sexes réunis – P. Québec, 2001 à 2006¹ (Taux exprimé pour 100 000 personnes-année)

RÉGION	2001		2002		2003		2004		2005		2006p ¹	
	N	Tx	N	Tx								
Bas-Saint-Laurent	190	93,0	232	114,0	293	144,5	256	126,7	303	150,6	276	137,6
Saguenay—Lac-Saint-Jean	302	106,5	387	137,6	413	148,0	447	161,3	388	140,9	357	130,1
Capitale Nationale	1 040	159,5	1 004	153,0	1 252	189,5	1 275	192,0	1 230	184,4	1 284	191,9
Mauricie et Centre-du-Québec	625	129,5	749	155,0	891	184,2	1 052	217,3	1 028	212,3	940	194,1
Estrie	438	150,4	495	168,5	574	193,7	594	198,8	571	189,7	480	158,3
Montréal	3 069	165,6	3 234	173,8	3 455	185,2	3 234	172,7	3 347	177,8	3 409	179,9
Outaouais	469	145,2	518	157,9	495	148,4	560	165,6	588	171,8	582	168,5
Abitibi-Témiscamingue	237	159,0	291	197,2	304	208,1	305	210,6	332	230,8	311	217,2
Côte-Nord	206	206,5	248	251,6	276	283,3	329	341,2	316	330,7	253	266,6
Nord-du-Québec	16	96,3	26	159,4	35	218,9	40	255,2	39	254,2	32	211,9
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	88	89,2	95	97,1	115	118,5	132	137,1	108	113,1	118	125,1
Chaudière-Appalaches	305	78,0	319	81,4	368	93,7	427	108,5	419	106,2	400	101,3
Laval	402	114,9	483	136,3	510	142,3	583	160,9	596	163,0	601	163,1
Lanaudière	400	101,0	402	100,1	509	125,1	548	133,1	580	139,5	625	149,2
Laurentides	648	137,5	789	164,2	867	177,0	935	187,7	876	173,2	828	161,5
Montérégie	1 308	99,7	1 323	99,9	1 486	111,2	1 665	123,6	1 523	112,3	1 574	115,4
Nunavik	334	3 386,7	370	3 701,9	294	2 906,9	283	2 762,1	267	2 573,5	269	2 559,5
Terres-Cries-de-la-Baie-James	90	693,4	102	770,1	150	1 111,3	184	1 339,3	188	1 348,1	201	1 422,1
Province de Québec	10 171	137,5	11 074	148,8	12 297	164,3	12 864	170,9	12 703	167,9	12 546	165,0

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

1. Il s'agit du nombre de cas projetés pour 2006. Ce dernier a été estimé à partir du nombre de cas observés au cours des neuf premières périodes, soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006.

Infection gonococcique : Nombre de cas déclarés et taux d'incidence brut par région Sexes réunis – P. Québec, 2001 à 2006¹ (Taux exprimé pour 100 000 personnes-année)

RÉGION	2001		2002		2003		2004		2005		2006p ¹	
	N	Tx	N	Tx								
Bas-Saint-Laurent	1	0,5	6	2,9	1	0,5	2	1,0	3	1,5	3	1,4
Saguenay—Lac-Saint-Jean	4	1,4	6	2,1	10	3,6	6	2,2	2	0,7	12	4,2
Capitale Nationale	41	6,3	38	5,8	51	7,7	33	5,0	47	7,0	66	9,9
Mauricie et Centre-du-Québec	12	2,5	16	3,3	18	3,7	12	2,5	20	4,1	32	6,6
Estrie	22	7,6	16	5,4	18	6,1	9	3,0	10	3,3	13	4,3
Montréal	568	30,7	523	28,1	505	27,1	548	29,3	554	29,4	718	37,9
Outaouais	21	6,5	26	7,9	33	9,9	43	12,7	35	10,2	35	10,0
Abitibi-Témiscamingue	7	4,7	1	0,7	10	6,8	3	2,1	4	2,8	13	9,1
Côte-Nord	1	1,0	1	1,0	2	2,1	6	6,2	1	1,0	0	0,0
Nord-du-Québec	0	0,0	4	24,5	3	18,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	1	1,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chaudière-Appalaches	4	1,0	8	2,0	7	1,8	6	1,5	9	2,3	9	2,2
Laval	20	5,7	37	10,4	35	9,8	21	5,8	45	12,3	55	14,9
Lanaudière	22	5,6	19	4,7	22	5,4	15	3,6	20	4,8	45	10,7
Laurentides	25	5,3	34	7,1	28	5,7	24	4,8	18	3,6	46	9,0
Montérégie	62	4,7	96	7,2	91	6,8	68	5,0	94	6,9	126	9,2
Nunavik	18	182,5	47	470,2	44	435,0	16	156,2	27	260,2	65	619,2
Terres-Cries-de-la-Baie-James	2	15,4	1	7,6	6	44,5	13	94,6	12	86,0	23	163,7
Province de Québec	831	11,2	880	11,8	884	11,8	825	11,0	901	11,9	1 260	16,6

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

1. Il s'agit du nombre de cas projetés pour 2006. Ce dernier a été estimé à partir du nombre de cas observés au cours des neuf premières périodes, soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006.

Hépatite B aiguë : Nombre de cas déclarés et taux d'incidence brut par région Sexes réunis – P. Québec, 2001 à 2006¹ (Taux exprimé pour 100 000 personnes-année)

RÉGION	2001		2002		2003		2004		2005		2006p ¹	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Bas-Saint-Laurent	0	0,0	1	0,5	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0
Saguenay—Lac-Saint-Jean	3	1,1	3	1,1	4	1,4	4	1,4	0	0,0	3	1,1
Capitale Nationale	12	1,8	17	2,6	16	2,4	11	1,7	4	0,6	0	0,0
Mauricie et Centre-du-Québec	3	0,6	1	0,2	3	0,6	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Estrie	2	0,7	4	1,4	1	0,3	0	0,0	1	0,3	1	0,7
Montréal	51	2,8	33	1,8	29	1,6	17	0,9	29	1,5	17	0,9
Outaouais	1	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	4	1,2	0	0,0
Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,7	1	0,7	0	0,0
Côte-Nord	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,4	0	0,0	0	0,0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	0	0,0	1	1,0	3	3,1	0	0,0	0	0,0
Chaudière-Appalaches	1	0,3	2	0,5	3	0,8	5	1,3	0	0,0	3	0,7
Laval	1	0,3	5	1,4	2	0,6	5	1,4	2	0,5	1	0,6
Lanaudière	2	0,5	5	1,2	3	0,7	3	0,7	1	0,2	0	0,0
Laurentides	4	0,8	6	1,2	9	1,8	3	0,6	1	0,2	0	0,0
Montérégie	14	1,1	20	1,5	20	1,5	13	1,0	4	0,3	4	0,3
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,8	0	0,0	0	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,3	0	0,0	0	0,0
Province de Québec	94	1,3	100	1,3	91	1,2	69	0,9	48	0,6	30	0,4

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

1. Il s'agit du nombre de cas projetés pour 2006. Ce dernier a été estimé à partir du nombre de cas observés au cours des neuf premières périodes, soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006.

Hépatite C : Nombre de cas déclarés et taux d'incidence brut par région Sexes réunis – P. Québec, 2001 à 2006¹ (Taux exprimé pour 100 000 personnes-année)

RÉGION	2001		2002		2003		2004		2005		2006p ¹	
	N	Tx	N	Tx								
Bas-Saint-Laurent	24	11,7	20	9,8	27	13,3	27	13,4	14	7,0	14	7,2
Saguenay—Lac-Saint-Jean	49	17,3	31	11,0	28	10,0	27	9,7	27	9,8	38	13,7
Capitale Nationale	271	41,6	180	27,4	158	23,9	175	26,3	166	24,9	147	22,0
Mauricie et Centre-du-Québec	152	31,5	135	27,9	112	23,2	126	26,0	113	23,3	153	31,6
Estrie	82	28,2	77	26,2	79	26,7	76	25,4	77	25,6	81	26,7
Montréal	1 319	71,2	1 071	57,6	915	49,0	1 281	68,4	1 183	62,8	1 014	53,5
Outaouais	111	34,4	117	35,7	118	35,4	107	31,6	93	27,2	91	26,3
Abitibi-Témiscamingue	62	41,6	30	20,3	37	25,3	51	35,2	36	25,0	43	30,3
Côte-Nord	24	24,1	11	11,2	12	12,3	24	24,9	10	10,5	10	10,7
Nord-du-Québec	2	12,0	3	18,4	2	12,5	3	19,1	1	6,5	3	19,3
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	16	16,2	11	11,2	12	12,4	15	15,6	11	11,5	13	13,7
Chaudière-Appalaches	72	18,4	52	13,3	45	11,5	36	9,1	55	13,9	49	12,4
Laval	97	27,7	103	29,1	70	19,5	122	33,7	99	27,1	87	23,5
Lanaudière	101	25,5	78	19,4	59	14,5	84	20,4	72	17,3	82	19,6
Laurentides	232	49,2	234	48,7	198	40,4	186	37,3	158	31,2	179	34,9
Montérégie	303	23,1	378	28,5	365	27,3	402	29,8	322	23,7	283	20,8
Nunavik	2	20,3	4	40,0	4	39,5	1	9,8	0	0,0	0	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	2	15,4	2	15,1	1	7,4	4	29,1	2	14,3	1	10,2
Province de Québec	2 921	39,5	2 537	34,1	2 242	29,9	2 747	36,5	2 439	32,2	2 289	30,1

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

1. Il s'agit du nombre de cas projetés pour 2006. Ce dernier a été estimé à partir du nombre de cas observés au cours des neuf premières périodes, soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006.

Lymphogranulomatose vénérienne : Nombre de cas déclarés et taux d'incidence brut par région Sexes réunis – P. Québec, 2001 à 2006¹ (Taux exprimé pour 100 000 personnes-année)

RÉGION	2001		2002		2003		2004		2005		2006p ¹	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Bas-Saint-Laurent												
Saguenay—Lac-Saint-Jean											1	1,1
Capitale Nationale												
Mauricie et Centre-du-Québec												
Estrie									1	0,7		
Montréal					1	0,1	1	0,1	25	2,7	36	3,9
Outaouais												
Abitibi-Témiscamingue												
Côte-Nord												
Nord-du-Québec												
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine												
Chaudière-Appalaches												
Laval											3	1,6
Lanaudière												
Laurentides												
Montérégie											3	0,4
Nunavik												
Terres-Cries-de-la-Baie-James												
Province de Québec					1	0,0	1	0,0	26	0,7	43	1,2

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

1. Il s'agit du nombre de cas projetés pour 2006. Ce dernier a été estimé à partir du nombre de cas observés au cours des neuf premières périodes, soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006.

Syphilis infectieuse : Nombre de cas déclarés et taux d'incidence brut par région Sexes réunis – P. Québec, 2001 à 2006¹ (Taux exprimé pour 100 000 personnes-année)

RÉGION	2001		2002		2003		2004		2005		2006p ¹	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Bas-Saint-Laurent	0	0,0	0	0,0	2	1,0	7	3,5	0	0,0	0	0,0
Saguenay—Lac-Saint-Jean	1	0,4	0	0,0	0	0,0	3	1,1	5	1,8	0	0,0
Capitale Nationale	0	0,0	0	0,0	3	0,5	48	7,2	18	2,7	14	2,2
Mauricie et Centre-du-Québec	1	0,2	0	0,0	6	1,2	4	0,8	1	0,2	7	1,5
Estrie	0	0,0	1	0,3	4	1,3	5	1,7	0	0,0	3	1,0
Montréal	12	0,6	36	1,9	116	6,2	127	6,8	179	9,5	309	16,3
Outaouais	1	0,3	5	1,5	5	1,5	3	0,9	2	0,6	13	3,8
Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Côte-Nord	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	12,8	0	0,0	0	0,0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chaudière-Appalaches	0	0,0	0	0,0	2	0,5	9	2,3	5	1,3	1	0,4
Laval	0	0,0	0	0,0	1	0,3	2	0,6	6	1,6	4	1,2
Lanaudière	0	0,0	1	0,2	1	0,2	6	1,5	5	1,2	10	2,4
Laurentides	0	0,0	1	0,2	0	0,0	6	1,2	5	1,0	9	1,7
Montérégie	1	0,1	3	0,2	14	1,0	19	1,4	28	2,1	27	2,0
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,8	0	0,0	0	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Province de Québec	16	0,2	47	0,6	154	2,1	242	3,2	255	3,4	399	5,2

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoires (MADO). Données extraites le 5 octobre 2006.

1. Il s'agit du nombre de cas projetés pour 2006. Ce dernier a été estimé à partir du nombre de cas observés au cours des neuf premières périodes, soit du 1^{er} janvier au 9 septembre 2006.

ANNEXE 3

Résultats d'études épidémiologiques québécoises portant sur la prévalence et l'incidence de l'infection au VIH ainsi que de l'infection par le virus de l'hépatite C au sein de diverses populations

Description	Période de collecte-recrutement	Groupe	VIH		Hépatite C	
			Prévalence %	Incidence	Prévalence %	Incidence
Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes						
ARGUS Étude transversale. Hommes montréalais ayant des relations sexuelles avec des hommes recrutés dans une quarantaine de lieux de socialisation (n = 1 957).	Février 2005 – août 2005	18-29 ans	03,5		04,7	
		30-39 ans	16,2		8,2	
		40-49 ans	19,0		4,4	
		50-59 ans	14,7		4,5	
		60 ans et plus	6,9		4,3	
		Total	12,5 (10,5 – 14,7)		5,4 (4,1 – 7,0)	
OMÉGA Étude de cohorte. Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes séronégatifs en regard du VIH ou ne connaissant pas leur statut (n = 1 592)	Octobre 1996 – juin 2003	Données de 1996-2001		0,62 / 100 p-a		
		Données de 2002-2003		0,83 / 100 p-a		
Personnes utilisatrices de drogues par injection						
survUDI Réseau de surveillance des maladies infectieuses parmi les utilisateurs de drogues par injection implanté dans 8 régions du Québec et à Ottawa Personnes rapportant s'être injectées des drogues dans les 6 mois précédents, recrutées dans des programmes qui donnent accès à du matériel d'injection stérile, des centres de détention, des cliniques de désintoxication... (n = 9 596; 7 038 hommes et 2 558 femmes)	Infection au VIH 1995-2005 (30 juin)	Hommes				
		20 ans	0,2		7,9	
	Infection au VHC 2003-2005 (30 juin)	20-24 ans	5,0		43,5	
		25-29 ans	8,5		49,2	
		30-34 ans	18,0		58,3	
		35-39 ans	21,7		77,2	
		40 ans	24,7		78,6	
		Total	15,8		64,4	
		Femmes				
		20 ans	0,4		15,8	
		20-24 ans	4,6		45,9	
		25-29 ans	11,2		61,0	
	30-34 ans	18,8		80,3		
	35-39 ans	20,5		75,0		
	40 ans	18,3		80,0		
Total	11,0		61,6			
Grand total	14,7 (14,0-15,4)		3,4 / 100 p-a (3,0-3,9)	63,8 (61,7-65,9)	42,8 / 100 p-a (30,7-54,9)	

Description	Période de collecte-recrutement	Groupe	VIH		Hépatite C	
			Prévalence %	Incidence	Prévalence %	Incidence
Jeunes de la rue						
Cohorte des jeunes de la rue de Montréal. Étude de cohorte prospective. Jeunes âgés entre 14 et 23 ans ayant dû dans la dernière année se chercher plus d'une fois un endroit pour dormir ou avoir utilisé régulièrement (trois fois ou plus) les services des organismes de rue (n = 860; 593 garçons et 267 filles).	Juillet 2001 – juin 2004 La Cohorte des jeunes de la rue mènent des travaux depuis 1995	Garçons	1,0		14,0	4,1 / 100 p-a
		Filles	0,8		14,0	5,3 / 100 p-a
		≥19 ans	1,3		18,8	
		<19 ans	0		1,7	
		UDI à vie	2,0		30,7	
		Non UDI à vie	0		0	
		Total	0,9	0,9 / 100 p-a (0,5 – 1,5)	14,0	4,5 / 100 p-a (3,4 – 5,8)
Personnes incarcérées dans des établissements de détention						
Personnes incarcérées. Étude transversale. Personnes incarcérées dans 7 établissements de détention de juridiction provinciale situés en milieux urbains et semi-ruraux (n = 1607; 1357 hommes et 250 femmes)	Janvier 2003 – juin 2003	UDI				
		Hommes	7,2		53,3	
		Femmes	20,6		63,6	
		Total	10,2 (7,6-13,2)		55,6 51,0-60,1	
		Tous				
		Hommes	2,4		16,6	
		Femmes	8,8		29,2	
Total	3,4 (2,5-4,4)		18,5 16,7-20,5			
Personnes originaires de pays fortement endémiques en regard du VIH						
Population haïtienne. Étude transversale. Personnes d'origine haïtienne résidant à Montréal	Avril 1994 – décembre 1996	Homme	1,1			
		Femme	1,5			
		Total	1,3			

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

- **Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.** ARGUS : un participant sur huit (12,5%) était infecté par le VIH; près d'un répondant sur 5 parmi les personnes âgées de 40 à 49 ans. OMÉGA : le taux d'incidence de l'infection au VIH est passé de 0,62/100 p-a en 1996-2001 à 0,83 100 p-a en 2002-2003 (hausse non statistiquement significative cependant).
- **Personnes utilisatrices de drogues par injection.** SurvUDI : chez les 40 ans et plus, un individu sur quatre est déjà infecté par le VIH alors que 4 individus sur 5 sont déjà infectés par le VHC.
La prévalence du VIH est la plus élevée, à près de 20 %, à Montréal, à Ottawa et en Outaouais. L'incidence du VIH est de 4,3 par 100 PA à Ottawa/Hull, de 4,2 par 100 PA à Montréal, de 2,5 par 100 PA à Québec et de 1,8 par 100 PA dans les programmes semi-urbains. Les taux d'incidence du VIH ont constamment baissé pour l'ensemble du réseau jusqu'en 2001. Toutefois une augmentation est observée entre 2001 et 2004. Ainsi, à Montréal, le taux d'incidence est passé de 3,5/100 p-a entre 1998 et 2002 à 4,9/100 p-a pour la période 2003-2005, une augmentation statistiquement significative. La prévalence du VHC était de 65% en milieu urbain (plus spécifiquement de 67,8% à Montréal et de 68,3% à Québec) et de 55% en milieu semi-urbain alors que l'incidence du VHC était de 50,1 par 100 p-a chez les UDI recrutés en milieux urbains (données 2003-2005). On observe une augmentation de l'incidence au cours de la période 2003-2005. Ainsi, à Montréal, le taux d'incidence est passé de 26/100 p-a entre 1998 et 2002 à 57,1/100 p-a pour la période 2003-2005, une augmentation statistiquement significative.

- **Cohorte des jeunes de la rue.** Il s'agit de la prévalence des anticorps contre le VIH et contre le VHC à l'entrée dans l'étude. Aucun cas d'infection au VIH n'a été trouvé chez les moins de 19 ans ni chez les non-UDI. Aucun cas d'infection au VHC n'a été trouvé chez les non-UDI. Le taux d'incidence de l'infection par le VHC était de 10,0 par 100 p-a parmi les jeunes qui s'étaient déjà injecté des drogues avant leur entrée dans l'étude et de 22,1 / 100 p-a parmi les jeunes qui étaient actifs dans l'injection durant le suivi. Près de la moitié des jeunes s'étaient injectés des drogues au moins une fois avant leur recrutement dans l'étude.
- **Personnes incarcérées.** Une grande proportion des personnes incarcérées se sont déjà injectées des drogues au cours de leur vie, 28 % des hommes et 43 % des femmes. La prévalence de l'Infection au VIH et de l'infection par le VHC dans chacun des établissements de détention participant a varié en fonction de la proportion d'UDI dans l'établissement. Le taux de prévalence du VIH était de 0,5 % et de 0,0% respectivement chez les hommes non-UDI et chez les femmes non-UDI alors que celui de l'infection par le VHC était de 2,6% et de 3,5% respectivement chez les hommes non-UDI et chez les femmes non-UDI.
- **Québécois originaires de régions fortement endémiques en regard du VIH.** La collecte de la dernière étude épidémiologique date de 2004-2006. Une nouvelle étude sera entreprise au début de 2007, auprès de Montréalais originaires d'Haïti.

Titres déjà parus dans la collection *Analyses et surveillance*

1. *Surveillance du cancer au Québec : Nouveaux cas déclarés au fichier des tumeurs et mortalité : Année 1993* (édité en 1996).
2. *Surveillance de la mortalité au Québec : Année 1994* (édité en 1997).
3. *L'accessibilité au condom en milieu scolaire québécois – Enquête auprès des CLSC et des directions d'écoles secondaires* (édité en 1997).
4. *Indicateurs sociosanitaires : Le Québec et ses régions* (édité en 1997).
5. *Surveillance de la mortalité au Québec : Année 1995* (édité en 1997).
6. *La mortalité au Québec – Disparités et évolution de 1975-1977 à 1993-1995* (édité en 1998).
7. *Évaluation de l'application du programme public de services dentaires préventifs* (édité en 1998).
8. *Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans* (édité en 1998).
9. *Profil des traumatismes au Québec : De 1991 à 1995* (édité en 1998).
10. *Surveillance de la mortalité au Québec : Année 1996* (édité en 1998).
11. *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans* (édité en 1999).
12. *Éducation à la sexualité et à la prévention des MTS/SIDA dans les centres de réadaptation des centres jeunesse du Québec – Enquête nationale auprès des centres jeunesse et des directions régionales de la santé publique* (édité en 1999).
13. *Surveillance de la mortalité au Québec : 1976-1997* (édité en 2000).
14. *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998* (édité en 2001).
15. *Projections d'incidence de cancer et de mortalité par cancer au Québec pour l'année 2001* (édité en 2001).
16. *Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire au Québec, de 1990 à 1999* (édité en 2001).
17. *Analyse des cas d'infection génitale à Chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile : 1995-1999* (édité en 2001).
18. *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 et de 7-8 ans* (édité en 2001).
19. *Évaluation du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement, de 1995 à 1999* (édité en 2001).
20. *Portrait de l'infection par le VIH et du sida au Québec, décembre 2001* (édité en 2001).
21. *Surveillance du cancer au Québec : nouveaux cas déclarés au fichier des tumeurs et mortalité par cancer de 1992 à 1998* (édité en 2002).
22. *Analyse des cas d'infection génitale à Chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile : 1996-2000* (édité en 2002).
23. *Évaluation du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement, de 1996 à 2000* (édité en 2002).
24. *Portrait de l'infection par le VIH et du sida au Québec, décembre 2002* (édité en 2002).
24. *Épidémiologie de la tuberculose au Québec de 1996 à 1999* (édité en 2002).
25. *Analyse des cas d'infection génitale à Chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile : 1997-2001* (édité en 2003).
26. *Évaluation du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement, de 1997 à 2001* (édité en 2003).
27. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de l'hépatite C, de l'infection par le VIH et du sida au Québec* (édité en 2003).
28. *Évaluation du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement, de 1998 à 2002* (édité en 2003).
29. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de l'hépatite C, de l'infection par le VIH et du sida au Québec, décembre 2004* (édité en 2004).
30. *Épidémiologie de la tuberculose au Québec de 2000 à 2003* (édité en 2006).

